



# BOLLETTINO UFFICIALE

della REGIONE ABRUZZO



Direzione, Redazione e Amministrazione: Ufficio BURA

**Speciale N. 96 del 25 Settembre 2015**

**Decreti Commissario ad Acta**

### Vendita e Informazioni

**UFFICIO BURA**  
**L'AQUILA**  
**Via Leonardo Da Vinci n° 6**

Sito Internet: <http://bura.regione.abruzzo.it>  
e-mail: [bura@regione.abruzzo.it](mailto:bura@regione.abruzzo.it)  
**Servizi online Tel. 0862/363217 -363206**

dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 13.00 ed il martedì ed il giovedì dalle 15.30 alle 17.30

### Avviso per gli abbonati

In applicazione della L.R. n. 51 del 9.12.2010 il Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo dall' 1.1.2011 viene redatto in forma digitale e diffuso gratuitamente in forma telematica, con validità legale. Gli abbonamenti non dovranno pertanto più essere rinnovati.

**Il Bollettino Ufficiale viene pubblicato nei giorni di Mercoledì e Venerdì**

## Articolazione del BURAT

Il BURAT serie "ORDINARIO" si articola in due parti:

### PARTE PRIMA

- a) Lo Statuto regionale e le leggi di modifica dello Statuto, anche a fini notiziali ai sensi dell'articolo 123 della Costituzione;
- b) le leggi ed i regolamenti regionali e i testi coordinati;
- c) il Piano regionale di sviluppo ed i relativi aggiornamenti, il Documento di Programmazione Economica e Finanziaria nonché tutti gli atti di programmazione degli organi di direzione politica disciplinati dalla normativa regionale in materia di programmazione;
- d) gli atti relativi ai referendum da pubblicarsi in base alle previsioni della normativa in materia;
- e) le sentenze e ordinanze della Corte costituzionale relative a leggi della Regione Abruzzo o a leggi statali o a conflitti di attribuzione coinvolgenti la Regione Abruzzo, nonché le ordinanze di organi giurisdizionali che sollevano questioni di legittimità di leggi della Regione Abruzzo e i ricorsi del Governo contro leggi della Regione Abruzzo;
- f) gli atti degli organi politici e di direzione amministrativa della Regione che determinano l'interpretazione delle norme giuridiche o dettano disposizioni per loro applicazione;
- g) le ordinanze degli organi regionali.

### PARTE SECONDA

- a) Le deliberazioni adottate dal Consiglio regionale e non ricomprese fra quelle di cui al comma 2;
- b) gli atti di indirizzo politico del Consiglio regionale;
- c) i decreti del Presidente della Giunta regionale concernenti le nomine e gli altri di interesse generale;
- d) i decreti del Presidente del Consiglio regionale concernenti le nomine e gli altri di interesse generale;
- e) i provvedimenti degli organi di direzione amministrativa della Regione aventi carattere organizzativo generale;
- f) gli atti della Giunta regionale e dell'ufficio di Presidenza del Consiglio regionale di interesse generale;
- g) gli atti della Regione e degli enti locali la cui pubblicazione è prevista da leggi e regolamenti statali e regionali;
- h) i bandi e gli avvisi di concorso della Regione, degli enti locali e degli altri enti pubblici e i relativi provvedimenti di approvazione;
- i) i bandi e gli avvisi della Regione, degli enti locali e degli altri enti pubblici per l'attribuzione di borse di studio, contributi, sovvenzioni, benefici economici o finanziari e i relativi provvedimenti di approvazione;
- j) i provvedimenti di approvazione delle graduatorie relative ai procedimenti di cui alle lettere h) e i);
- k) gli atti di enti privati e di terzi che ne facciano richiesta conformemente alle previsioni normative dell'ordinamento.

1. Gli atti particolarmente complessi, i bilanci ed i conti consuntivi, sono pubblicati sui BURAT serie "SPECIALE".
2. Gli atti interni all'Amministrazione regionale sono pubblicati sui BURAT serie "SUPPLEMENTO".
3. I singoli fascicoli del BURAT recano un numero progressivo e l'indicazione della data di pubblicazione.

#### NOTA:

**Le determinazioni direttoriali e dirigenziali** per le quali non sia espressamente richiesta la pubblicazione integrale sul BURAT, ancorché non aventi rilevanza esterna o che siano meramente esecutive di precedenti determinazioni, **sono pubblicate per estratto** contenente la parte dispositiva, l'indicazione del servizio competente, il numero d'ordine, la data e l'oggetto del provvedimento.

Sul Bollettino Ufficiale sono altresì pubblicati tutti i testi la cui pubblicazione è resa obbligatoria dall'ordinamento nazionale e comunitario, anche se richiesti da privati.

# Sommario

## PARTE I

Leggi, Regolamenti, Atti della Regione e dello Stato

ATTI DELLA REGIONE

GIUNTA REGIONALE

DECRETI

PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

(Deliberazione del Consiglio dei Ministri 23.07.2014)

DECRETO 29.07.2015, n. 76

D.L. n. 90 del 26.06.2014, convertito in L. n. 114 del 11.09.2014 - prescrizione dei medicinali per il trattamento di patologie croniche e invalidanti di cui al D.M. 28 maggio 1999, n. 329. ....4

DECRETO 20.08.2015, n. 81

Nulla osta all'istituzione, presso il PO di Pescara, di due posti letto destinati al Servizio di Assistenza e Terapia sub Intensiva per i pazienti in età pediatrica - Rimodulazione posti letto Azienda USL di Pescara. .... 12

DECRETO 31.08.2015, n. 87

Disposizioni per l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale delle strutture operanti nell'Area assistenziale delle Dipendenze Patologiche. .... 15

DECRETO 17.09.2015, n. 90

Recepimento accordo, ai sensi dell'art. 9, comma 2, lettera c) del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'Assistenza Sanitaria negli Istituti Penitenziari per adulti: implementazione delle reti Sanitarie Regionali e Nazionali". .... 18

## PARTE I

**Leggi, Regolamenti, Atti della Regione e dello Stato**

## ATTI DELLA REGIONE

## GIUNTA REGIONALE

## DECRETI

**PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA (Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23.07.2014)**

DECRETO 29.07.2015, n. 76

**D.L. n. 90 del 26.06.2014, convertito in L. n. 114 del 11.09.2014 - prescrizione dei medicinali per il trattamento di patologie croniche e invalidanti di cui al D.M. 28 maggio 1999, n. 329.**

**IL COMMISSARIO AD ACTA**

**VISTA** la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 luglio 2014, con la quale il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo secondo i Programmi Operativi di cui al richiamato art. 2, comma 88 della L. 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modifiche e integrazioni;

**VISTA** la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 07.06.2012 con la quale il dr. Giuseppe Zuccatelli è stato nominato Sub commissario per l'attuazione del Piano di rientro della Regione Abruzzo, con le competenze ivi declinate;

**VISTO** il decreto commissariale n. 20 del 11.06.2012 avente ad oggetto "Insediamento del Sub commissario dr. Giuseppe Zuccatelli per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR abruzzese - deliberazione del Consiglio dei Ministri del 07.06.2012";

**ATTESO** che tra le materie di competenza del Sub commissario è prevista collaborazione per gli aspetti di programmazione sanitaria e per l'adozione dei provvedimenti attuativi delle disposizioni

recate dal vigente ordinamento in materia sanitaria, con particolare riferimento ai provvedimenti inerenti la spesa farmaceutica convenzionata, necessaria all'attuazione del Piano di Rientro;

**VISTO** l'art. 5, comma 1, lettera a) del D.Lgs. 29 aprile 1998, n. 124, e s.i.e m., che sancisce il diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria in ragione di particolari condizioni di malattia croniche o invalidanti;

**VISTO** il successivo D.M. 28 maggio 1999, n. 329, che individua le malattie croniche invalidanti e le prestazioni di assistenza sanitaria correlate a ciascuna condizione di malattia per le quali è riconosciuta l'esenzione dalla partecipazione al costo per le prestazioni sanitarie;

**VISTO** l'art. 9 della legge 16.11.2001, n. 405, in base al quale la prescrizione dei medicinali destinati al trattamento delle patologie individuate dai regolamenti emanati ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettere a) del D. Lgs. n. 124/1998, è limitata al numero massimo di tre pezzi per ricetta, e comunque non può superare i sessanta giorni di terapia;

**RICHIAMATO** l'art. 4 comma 7 del DPR 8 luglio 1998, n. 371 recante "Regolamento recante norme concernenti l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private".

**VISTA** la DGR n. 1540 del 27.12.2006 con cui sono state introdotte a livello regionale le quote di compartecipazione alla spesa farmaceutica, e il successivo DCA n. 26 del 04.07.2012 con cui si è stabilito che l'assistito debba corrispondere una quota fissa pari ad € 0,50 sino ad un massimo di € 1,50 a ricetta per i medicinali con prezzo inferiore a € 5, e una quota fissa pari a € 2 sino ad un massimo di € 6 a ricetta per i medicinali con prezzo superiore a € 5;

**VISTO** che con la medesima DGR n. 1540/2006, e s.m.i., è stata prevista l'esenzione dal pagamento della predetta quota fissa per alcune categorie di soggetti tra cui quelli esenti ai sensi del D.M. n. 329/1999 limitatamente ai farmaci correlati alla patologia in base al D.M. n. 329/1999 con prescrivibilità fino a tre

confezioni per ricetta, a copertura massima di sessanta giorni di terapia;

**VISTO** il D.L. n. 90 del 26.06.2014 (pubblicato sulla G.U. n. 144 del 24.06.2014) recante "Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari", convertito in L. n. 114 del 11 agosto 2014 (pubblicato sulla GU Serie Generale n.190 del 18-8-2014 - Suppl. Ordinario n. 70);

**RICHIAMATO** in particolare l'art.26 del D.L. n. 90 del 26.06.2014 recante "Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari", convertito con la Legge n. 114 dell'11.08.2014, che al comma 1 dispone che, per le patologie croniche individuate dal DM 28 maggio 1999 n.329 e s.m.i, "...il medico può prescrivere medicinali fino ad un massimo di sei pezzi per ricetta, purché già utilizzati dal paziente da almeno sei mesi. In tal caso la durata della prescrizione non può comunque superare i 180 giorni di terapia...";

**RITENUTO** al fine di fornire certezza ai medici prescrittori nonché ai farmacisti che spediscono le ricette, di dover regolamentare le modalità di prescrizione/dispensazione dei farmaci destinati a pazienti affetti da una patologia cronica e invalidante di cui al DM 28 maggio 1999, n.329 e s.m.i., individuando i farmaci correlati alle predette patologie;

**RITENUTO** quindi di dover definire un elenco dei farmaci che costituiscono la terapia cardine più frequentemente utilizzata dagli assistiti affetti da patologia cronica e invalidante o gruppo di patologie, al fine di garantire agli stessi adeguata terapia ed equo trattamento nonché per garantire l'appropriatezza nella fruizione del diritto all'esenzione e della pluriprescrizione;

**ATTESO** che le prescrizioni dei farmaci di cui sopra devono comunque avvenire nel rispetto delle indicazioni terapeutiche registrate e delle limitazioni di rimborsabilità eventualmente definite nelle note AIFA;

**SENTITO** il parere delle organizzazioni sindacali della Medicina Generale, in occasione delle riunioni tenutesi presso la Direzione

Politiche della Salute di Pescara in data 22 luglio 2014 e 31 luglio 2014;

**RICHIAMATA** la D.G.R. n. 87 del 10.03.2015 recante <<Recepimento "Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, concernente la definizione degli indirizzi per la realizzazione di progetti di farmacovigilanza attiva, attraverso la stipula di convenzioni tra l'AIFA e le singole regioni per la realizzazione di iniziative di farmacovigilanza e l'utilizzazione di risorse di cui all'art. 36, comma 14 legge 449/1997, per gli anni 2010-2011 - Rep. Atti n. 138/CSR del 26 settembre 2013" - Modalità organizzative e di funzionamento del Centro Regionale di Farmacovigilanza - Modifica e integrazione D.G.R. n. 406 del 25 giugno 2012>> con la quale è stato disposto di procedere all'attivazione del Centro Regionale di Farmacovigilanza (di seguito definito CRFV);

**DATO ATTO** che il CRFV ha il compito di assolvere alle funzioni di Farmacovigilanza, di Informazione sul Farmaco, di Governo dell'Appropriatezza prescrittiva e della Spesa farmaceutica, di Monitoraggio dei consumi dei farmaci, di Valutazione farmaco economiche e dell'efficacia dei farmaci (HTA);

**VISTO** l'elenco predisposto dal Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale del Dipartimento per la Salute e il Welfare, con il supporto tecnico del personale del Centro Regionale di Farmacovigilanza di cui alla citata D.G.R. n. 87 del 10.03.2015 (allegato 1 - parte integrante e sostanziale del presente provvedimento);

**RITENUTO** di dover approvare l'elenco di cui all'allegato 1 (parte integrante e sostanziale del presente provvedimento) quale elenco di farmaci correlati alle patologie croniche di cui al D.M. n. 329/1999

**PRECISATO** che restano invariate le vigenti disposizioni in tema di compartecipazione alla spesa farmaceutica, di cui al Decreto del Commissario ad Acta n.26 del 04.07.2012 e che indipendentemente dal numero di pezzi prescritti, il diritto all'esenzione dal pagamento del ticket si configura esclusivamente per i

farmaci correlati alla patologia di cui all'allegato 1;

**RICHIAMATO** il Decreto 2 novembre 2011 del Ministero dell'Economia e delle Finanze recante "De-materializzazione della ricetta medica cartacea, di cui all'articolo 11, comma 16, del decreto-legge n. 78 del 2010" con cui la ricetta cartacea, di cui al decreto interministeriale 17 marzo 2008 e s.m.i. concernente il modello di ricetta medica a carico del SSN, è sostituita dalla ricetta elettronica generata dal medico prescrittore secondo le modalità di cui al disciplinare tecnico Allegato 1, parte integrante del decreto stesso;

**RICHIAMATO** altresì il Decreto del Commissario ad Acta n. 1/2015 del 14.01.2015 recante "Approvazione del protocollo d'intesa tra Regione Abruzzo e l'Unione Regionale dei Titolari di Farmacia per l'esercizio delle procedure di dematerializzazione delle prescrizioni cartacee farmaceutiche di cui al D.M. 2 novembre 2011";

**CONSIDERATO CHE** le motivazioni sopra addotte a sostegno del presente atto indicano l'urgenza e l'indifferibilità della emanazione dello stesso, tali da procrastinarne la trasmissione al Tavolo di monitoraggio del Piano di Risanamento del Sistema Sanitario Regionale - all'uopo costituito dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze al fine della corretta verifica degli adempimenti da porre in essere per l'esecuzione del Piano di Risanamento di cui sopra - per la dovuta valutazione, ordinariamente preventiva;

#### DECRETA

Per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

1. **di approvare** l'elenco dei farmaci correlati alla patologia in base al D.M. n. 329/1999, così come predisposto dal Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale del Dipartimento per la Salute e il Welfare, con il supporto tecnico del personale del Centro Regionale di Farmacovigilanza di cui alla citata D.G.R. n. 87 del 10.03.2015 (allegato 1 - parte integrante e

sostanziale del presente provvedimento);

2. **di disporre** che al fine di consentire ai pazienti affetti da patologie croniche di cui al D.M. n. 329/1999 di usufruire dell'esenzione dal pagamento della quota fissa sui farmaci correlati alla patologia e del diritto alla pluriprescrizione di cui all'art.26 del D.L. n. 90 del 26.06.2014 - il medico convenzionato o dipendente del SSN dovrà riportare sulla ricetta solo un codice d'esenzione. In particolare il medico dovrà apporre le prime tre cifre del codice identificativo della condizione o malattia (così come previsto dal comma 1 art.3 DM 329/99);
3. **di precisare** che i farmaci correlati alle patologie sono individuati nell'elenco di cui al punto 1) al presente decreto e che gli stessi dovranno essere prescritti nel rispetto delle indicazioni autorizzate dall'Autorità Regolatoria, riportate nella scheda tecnica;
4. **di disporre che:**
- a. nella stessa ricetta possono essere prescritti fino a un massimo di due principi attivi ovvero fino a un massimo di due dosaggi diversi dello stesso principio attivo.
  - b. non possono essere prescritti sulla stessa ricetta farmaci correlati alla patologia cronico-invalidante e farmaci non correlati alla stessa;
  - c. la pluriprescrizione non si applica ai medicinali per i quali la regione Abruzzo ha disposto la Distribuzione Diretta Esclusiva (DDE), né alle prescrizioni effettuate all'atto della dimissione o in seguito a visita specialistica;
  - d. la pluriprescrizione non si applica ai medicinali appartenenti alla categoria ATC B01AB (eparinici) per i quali resta valido il diritto all'esenzione;
  - e. in caso di medicinali soggetti a Piano Terapeutico il prescrittore dovrà accertare che il numero di confezioni prescritto non

- determini un periodo di copertura terapeutica superiore alla validità dello stesso PT.
5. **di precisare** che il medico prescrittore possa prescrivere, a carico del SSN, medicinali (sia specialità che farmaci a brevetto scaduto) fino a 6 confezioni per ricetta, fermo restando che:
- l'assistito sia affetto da una patologia cronica e invalidante di cui al DM 28 maggio 1999, n.329 e s.m.i. e sia in possesso del relativo codice d'esenzione;
  - abbia utilizzato, per la cura della patologia cronica, da almeno 6 mesi la stessa specialità medicinale o, in caso di farmaci a brevetto scaduto, un medicinale con lo stesso principio attivo, forma farmaceutica, via di somministrazione, modalità di rilascio, numero di unità posologiche e dosaggio unitario
6. **di disporre** che il farmacista, all'atto della spedizione della ricetta contenenti prescrizioni di farmaci a favore di pazienti affetti da patologie croniche di cui al D.M. n. 329/1999 e correlati alla predetta patologia al fine di consentire ai pazienti affetti da patologie croniche di cui al D.M. n. 329/1999 di usufruire dell'esenzione dal pagamento della quota fissa sui farmaci correlati alla patologia e del diritto alla pluriprescrizione di cui all'art.26 del D.L. n. 90 del 26.06.2014 – siano tenuti a verificare che i farmaci prescritti rientrino nell'elenco dei farmaci di all'allegato 1 al presente Decreto;
7. **di precisare** che, in caso di ricetta redatta difformemente da quanto disposto al precedente punto 2), al fine di non causare interruzione di terapia, il farmacista possa dispensare i farmaci prescritti nei limiti previsti dalla vigente normativa, ossia nel limite massimo di due pezzi a ricetta ed applicando la quota di compartecipazione di cui alla DGR n. 1540/2006, e s.m.i.;
8. **di precisare** che restano invariate le vigenti disposizioni in tema di compartecipazione alla spesa

- farmaceutica, di cui al Decreto del Commissario ad Acta n.26 del 04.07.2012 e che indipendentemente dal numero di pezzi prescritti, il diritto all'esenzione dal pagamento del ticket si configura esclusivamente per i farmaci correlati alla patologia di cui all'allegato 1;
9. **di dare mandato** al Servizio Assistenza Farmaceutica e Trasfusionale del Dipartimento per la Salute e il Welfare di aggiornare l'allegato 1, qualora si rendano disponibili nuove evidenze scientifiche o in caso di immissione in commercio di nuovi principi attivi;
10. **di trasmettere**, per gli adempimenti di competenza, il presente provvedimento ai Direttori Generali delle A.A.S.S.L.L. della Regione Abruzzo, ai Servizi Farmaceutici delle A.A.S.S.L.L. della Regione Abruzzo, ai medici prescrittori per il tramite dei competenti Servizi aziendali, alle OO.SS. delle farmacie convenzionate pubbliche e private nonché alla SOGEI;
11. **di pubblicare** il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo;
12. **di trasmettere** il presente atto al Tavolo di monitoraggio del Piano di Risanamento del Sistema Sanitario Regionale, costituito dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze per la dovuta validazione.

IL COMMISSARIO AD ACTA  
**Dott. Luciano D'Alfonso**

*Segue allegato*

Allegato al Decreto del Commissario  
ad ACTA

n. 76 del 29 LUG. 2015



ALLEGATO 1

## ELENCO DEI MEDICINALI CORRELATI A CODICE D'ESENZIONE

CODICE ESENZIONE	PATOLOGIA	ATC	FARMACI
001	ACROMEGALIA E GIGANTISMO	G02CB01 H01CB	Bromocriptina Ormoni e anticrescita
0A02	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO Malattie cardiovascolari	A12B	Potassio
		B01	Antitrombotici
		C01	Terapia cardiaca
		C02	Antipertensivi
		C03	Diuretici
		C07	Betabloccanti
		C08	Calcio-antagonisti
		C09	Sostanze ad azione sul sistema renina- angiotensina
		C10	Sostanze modificatrici dei lipidi
		0B02	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO Malattie neurovascolari
B01	Antitrombotici		
C01	Terapia cardiaca		
C02	Antipertensivi		
C03	Diuretici		
C07	Betabloccanti		
C08	Calcio-antagonisti		
C09	Sostanze ad azione sul sistema renina- angiotensina		
C10	Sostanze modificatrici dei lipidi		
0C02	AFFEZIONI DEL SISTEMA CIRCOLATORIO: Malattie vascolari		
		B01	Antitrombotici
		C01	Terapia cardiaca
		C02	Antipertensivi
		C03	Diuretici
		C07	Betabloccanti
		C08	Calcio-antagonisti
		C09	Sostanze ad azione sul sistema renina- angiotensina
		C10	Sostanze modificatrici dei lipidi
		003	ANEMIA EMOLITICA ACQUISITA DA AUTOIMMUNIZZAZIONE
005	ANDRESSIA NERVOSA, BULIMIA	N06A	Antidepressivi
006	ARTRITE REUMATOIDE	A07EC01	Sulfasalazina
		H02	Corticosteroidi sistemici
		L01BA01	Metotrexato
		L04	Immunosoppressori
		M01A	Farmaci antinfiammatori ed antireumatici
		M01CB	Preparati a base di oro
		P01BA02	Idrossi cloroquina
		N02A	Opioidi
		N02BED1	Paracetamolo
		N07BC02	Metadone
007	ASMA	H02	Corticosteroidi sistemici
		R03	Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie
		R06	Antistaminici per uso sistemico
008	CIRROSI EPATICA, CIRROSI BILIARE	A05	Terapia biliare ed epatica
		A06AD11	Lattulosio
		A06AD12	Lattulosio
		A07A	Antimicrobici intestinali
		B02BA	Vitamina k
		C03	Diuretici





CODICE ESENEZIONE	PATOLOGIA	ATC	FARMACI
009	COLITE ULCEROSA E MALATTIA DI CROHN	A07A	Antimicrobici intestinali
		A07E	Antinfiammatori intestinali
		H02	Corticosteroidi sistemici
		LD4	Immunosoppressori
011	DEMENZE	N06D	Farmaci anti-demenza
		N06A	Antidepressivi
012	DIABETE INSIPIDO	H01BA	Vasopressina ed analoghi
013	DIABETE MELLITO	A10	Farmaci usati nel diabete
		B01	Antitrombotici
		C09	Sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina
		C10	Sostanze modificatrici dei lipidi
		H04	Ormoni Pancreatici
		J01	Antibatterici per uso sistemico - nel piede diabetico
014	DIPENDENZA DA SOSTANZE STUPEFACENTI, PSICOTROPE E DA ALCOL	N07BB	Farmaci utilizzati nei disturbi da dipendenza
		N07BC01	Metadone
016	EPATITE CRONICA (ATTIVA)	J05AB04	Ribavirina
		J05AF05	Lamivudina
		L03AB	Interferoni
		J05AX	Altri antivirali
017	EPILESSIA	N03	Antiepilettici
018	FIBROSI CISTICA	H02	Corticosteroidi sistemici
		J01	Antinfettivi generali x uso sistemico
		R03BA	Corticosteroidi inalatori
		R03	Broncodilatatori
		A09AA02	Pollerizimi
		J01	Antibatterici x uso sistemico
019	GLAUCOMA	S01E	Preparati antiglaucoma e miotici
020	INFEZIONE DA HIV	C10	Sostanze modificatrici dei lipidi
		J01	Antibatterici per uso sistemico
		J02	Antimicotici per uso sistemico
		J05	Antivirali per uso sistemico
		N06A	Antidepressivi
021	INSUFFICIENZA CARDIACA (NYHA classe III e IV)	B01	Antitrombotici
		C01	Terapia cardiaca
		C03	Diuretici
		C07	Betabloccanti
		C09	Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina
022	INSUFFICIENZA CORT. COSURRENALICA CRONICA (MORBO DI ADDISON)	H02	Corticosteroidi sistemici
023	INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	B03XA	Altri preparati antianemici
		C03	Diuretici
		V03AE	Farmaci per trattamento dell'ipercalemia e iperfosfemia
		A12AA04	Calcio carbonato
		A12AA12	Calcio acetato anidro
		B03A	Preparati a base di ferro
		B03BB	Acido folico e derivati
		C10A	Sostanze modificatrici dei lipidi, non associate
		H05BX	Altre sostanze antiparatiroidiche (paracalcitolo)
		M04AA	Preparati inibenti la formazione di acido urico
		A02AD	Associazioni tra composti di alluminio, calcio e magnesio



CODICE ESENZIONE	PATOLOGIA	ATC	FARMACI
024	INSUFFICIENZA RESPIRATORIA CRONICA	H02	Corticosteroidi sistemici
		J01	Antibatterici per uso sistemico
		R03	Farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie
		V03AN01	Ossigeno
025	IPERCOLESTEROLEMA FAMILIARE ETEROZIGOTE TIPO IIa E IIb	C10	Sostanze modificatrici dei lipidi
	IPERCOLESTEROLEMA PRIMITIVA POLIGENICA		
	IPERCOLESTEROLEMA FAMILIARE COMBINATA		
	IPERLIPOPROTEINEMIA DI TIPO III		
026	IPERPARATIROIDISMO, IPOPARATIROIDISMO	A11CC	Vitamina d ed analoghi
		V03AE	Farmaci per trattamento dell'ipercalemia e iperfosfatemia
		A12A	Calcio
027	IPOTIROIDISMO CONGENITO, IPOTIROIDISMO ACQUISITO (GRAVE)	H03AA	Ormoni tiroidei
028	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	H02AB	Glicocorticoidi
		L04	Immunosoppressori
		P01BA02	Idrossiclorochina
029	MALATTIA DI ALZHEIMER	N06D	Farmaci anti-demenza
		N05A	Antipsicotici
		N05A	Antidepressivi
030	MALATTIA DI SJOGREN	H02	Corticosteroidi sistemici
		L04	Immunosoppressori
		M01	Farmaci antinfiammatori ed antireumatici
		M01CB	Preparati a base di oro
		N07AX01	Pilocarpina
		P01BA02	Idrossiclorochina
		S01XA	Altri oftalmologici
		S01XA20	Lacrime artificiali ed altri preparati indifferenti
0A31	IPERTENSIONE ARTERIOSA	C02	Antipertensivi
		C03	Diuretici
		C07	Betabloccanti
		C08	Calcio-antagonisti
		C09	Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina
0031	IPERTENSIONE ARTERIOSA in presenza di danno d'organo	C02	Antipertensivi
		C03	Diuretici
		C07	Betabloccanti
		C08	Calcio-antagonisti
		C09	Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina
032	MALATTIA O SINDROME DI CUSHING	H01A	Ormoni del lobo anteriore dell'ipofisi
		H02AB	Glicocorticoidi
		G02CB	Inibitori della prolattina
034	MIASTENIA GRAVE	L04	Immunosoppressori
		N07AA	Anticolinesterasici
035	MORBO DI BASEDOW, ALTRE FORME DI IPERTIROIDISMO	C07	Betabloccanti
		H03B	Preparati anti-tiroidei
036	MORBO DI BUERGER	B01	Antitrombotici
		C01D	Vasodilatatori usati nelle malattie cardiache
		M01	Farmaci antinfiammatori ed antireumatici
037	MORBO DI PAGET	H05BA	Preparati a base di calcitonina
		M05BA02	Acido clodronico
		M05BA	Bifosfonati
038	MORBO DI PARKINSON E ALTRE MALATTIE EXTRAPIRAMIDALI	N04	Antiparkinsoniani
		N08A	Antidepressivi
		G04BD04	Oxbutinina
		N07X	Altri farmaci del sistema nervoso
039	NANISMO IPOFISARIO	H01AC	Somatropina ed agonisti della somatropina



CODICE ESEZIONE	PATOLOGIA	ATC	FARMACI
040	NEONATI PREMATURI IMMaturi, A TERMINE CON RICOVERO IN TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	Tutti i farmaci correlati	
041	NEUROMIELITE OTTICA	H02	Corticosteroidi sistemici
042	PANCREATITE CRONICA	A09AA02 A10A H01CB01	Polienzimi Insulina Somatostatina
044	PSICOSI	N03AA N03AF01 N003AG01 N03AX09 N06A N04A N05A	Barbiturici e derivati Carbamazepina Acido Valproico Lamotrigina Antidepressivi Sostanze anticolinergiche Antiepilettici
045	PSORIASI (ARTROPATIA, PUSTOLOSA GRAVE, ERITRODERMIA)	D05 D07 H02 L01BA01 L04AD01	Antipsoriasici Corticosteroidi, preparati dermatologici Corticosteroidi sistemici Metotrexato Ciclosporina
046	SCLEROSI MULTIPLA	H02 L03AB L03AX13 L04AA27 L04AA31 N07XX09	Corticosteroidi sistemici Interferoni Glatiramer acetato Fingolimod Teriflunomide Dimetil fumarato
047	SCLEROSI SISTEMICA (PROGRESSIVA)	H02 L04	Corticosteroidi sistemici Immunosoppressori
048	SOGGETTI AFFETTI DA PATOLOGIE NEOPLASTICHE MALIGNHE E DA TUMORI DI COMPORTAMENTO INCERTO	Tutti i farmaci indicati per il trattamento della patologia principale e sue complicanze	
049	SOGGETTI AFFETTI DA PLURIPATOLOGIE CHE ABBIANO DETERMINATO GRAVE ED IRREVERSIBILE COMPROMISSIONE DI PIU' ORGANI E/O APPARATI E RIDUZIONE DELL'AUTONOMIA PERSONALE CORRELATA ALL'ETA' RISULTANTE DALL'APPLICAZIONE DI CONVALIDATE SCALE DI VALUTAZIONE DELLE CAPACITA' FUNZIONALI	Tutti i farmaci indicati per il trattamento della patologia principale e sue complicanze	
050	SOGGETTI IN ATTESA DI TRAPIANTO (RENE, CUORE, POLMONE, FEZATO, PANCREAS, CORNEA, MIDOLLO)	Tutti i farmaci	
051	SOGGETTI NATI CON CONDIZIONI DI GRAVI DEFICIT FISICI, SENSORIALI E NEUROPSICHICI	Tutti i farmaci	
052	SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO (RENE, CUORE, POLMONE, FEZATO, PANCREAS, MIDOLLO)	Tutti i farmaci	
053	SOGGETTI SOTTOPOSTI A TRAPIANTO DI CORNEA	L04 S01	Immunosoppressori Oftalmologici
054	SPONDILITE ANCHILOSAANTE	H02 L04 M01 N02A N02BE01 N07BC02	Corticosteroidi sistemici Immunosoppressori Farmaci antinfiammatori ed antireumatici Oppioidi nel dolore Paracetamolo Metadone-nella terapia del dolore
055	TUBERCOLOSI (ATTIVA BACILLIFERA)	J04A	Farmaci per il trattamento della tubercolosi
056	TIROIDITE DI HASHIMOTO	H02	Corticosteroidi sistemici

DECRETO 20.08.2015, n. 81

**Nulla osta all'istituzione, presso il PO di Pescara, di due posti letto destinati al Servizio di Assistenza e Terapia sub Intensiva per i pazienti in età pediatrica - Rimodulazione posti letto Azienda USL di Pescara.**

#### **IL COMMISSARIO AD ACTA**

**VISTA** la deliberazione di Giunta Regionale n. 224 del 13 marzo 2007 con la quale è stato approvato l'Accordo sottoscritto in data 6 marzo 2007 tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e la Regione Abruzzo per l'approvazione del Piano di Rientro e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge 30.12.2004 n. 311;

**VISTA** la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 luglio 2014 con la quale il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo, Dott. Luciano D'Alfonso, è stato nominato Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

**VISTA** la deliberazione del Consiglio dei Ministri n. 90/2014 del 12 agosto 2014 avente ad oggetto "Insediamento Commissario ad Acta per la realizzazione del Piano di Rientro dai disavanzi delle settore Sanità della Regione Abruzzo";

**VISTA** la deliberazione n. 127/2015 del 09 febbraio 2015, agli atti dell'Ufficio commissariale, con la quale il Direttore Generale dell'Azienda USL di Pescara, tra l'altro, ha istituito, presso la UOC di Pediatria del PO di Pescara, due posti letto destinati al Servizio di assistenza e terapia sub intensiva per i pazienti in età pediatrica;

**PRECISATO** che i pazienti pediatrici che necessitano di assistenza e terapia sub-intensiva sono quelli che presentano patologie neuromuscolari a carattere degenerativo con grave insufficienza respiratoria ed, inoltre, i pazienti dimessi dalla terapia intensiva, i lattanti con grave insufficienza respiratoria ed i bambini con patologie respiratorie croniche oltre a coloro che presentano uno stato di male epilettico, un grave stato settico, uno scompenso in patologie metaboliche, un'intossicazione anche accidentale da farmaci o sostanze chimiche e tossiche.

**ATTESO** che la suddetta misura organizzativa trova ragione nell'improcastinabile necessità di ampliare l'offerta assistenziale mancando, sul territorio regionale, posti letto di terapia sub intensiva per i pazienti in età pediatrica.

**VISTA** la deliberazione commissariale n. 45/2010 del 05 agosto 2010 di riordino e di razionalizzazione della rete ospedaliera regionale;

**RICHIAMATI**, in particolare, gli Allegati A) e C) della DCA n. 45/2010 che, nel definire il fabbisogno regionale dei posti letto ospedalieri (All. A DCA n. 45/2010), hanno stabilito, per l'Azienda USL di Pescara, la dotazione di pl pubblici rappresentata nella Tabella 3 del riferito Allegato C) come di seguito riportata:

Tab. 3 - ASL Pescara - Rete Ospedaliera 2010 - Sintesi dei posti letto per Presidio, Area Funzionale e alcune specifiche Unità operative

AREA FUNZIONALE	PESCARA	PENNE	POPOLI	TOTALE
AREA FUNZIONALE MEDICA	256	45	20	321
AREA FUNZIONALE CHIRURGICA	194	24	20	238
AREA FUNZIONALE MATERNO INFANTILE	86	14		100
TERAPIA INTENSIVA	24			24
PSICHIATRIA SPDC	15			15
<b>TOTALE ACUTI</b>	<b>575</b>	<b>83</b>	<b>40</b>	<b>698</b>
RIABILITAZIONE			70	70
LUNGODEGENZA	20	10		30
<b>TOTALE</b>	<b>20</b>	<b>10</b>	<b>70</b>	<b>100</b>
<b>TOTALE STRUTTURA</b>	<b>595</b>	<b>93</b>	<b>110</b>	<b>798</b>

**VISTO** il DCA n. 112/2013 del 30 dicembre 2013 recante modifiche ed integrazioni al Programma Operativo 2013 - 2015 approvato con DCA n. 84/2013 del 09 ottobre 2013 che, nell'Intervento 1: "Rete Ospedaliera" del Paragrafo 3 "Reti di Offerta sanitaria, a tutela dei livelli essenziali di assistenza, prevede di non ridurre il numero dei posti letto ospedalieri ferma restando la necessità di adeguare la rete regionale agli standard definiti dall'emanando "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";

**PRECISATO** che il Decreto Ministeriale n. 70/2015 del 02 aprile 2015 di adozione del suddetto Regolamento, in armonia con le previsioni recate dalla L. n. 135/2012 di conversione con modifiche del D.L. n. 95/2012, stabilisce, per le Regioni, uno standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del SSR non superiore a 3,7 posti letto (p.l.) per mille abitanti, comprensivi di 0,7 p.l. per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post acuzie;

**VISTO** il verbale della riunione dello scorso 08 aprile 2015 che ha certificato le risultanze regionali degli adempimenti LEA relativi all'anno 2014 evidenziando, per l'assistenza ospedaliera, uno standard di posti letto inferiore a quello previsto dalla odierna normativa nazionale, corrispondente, nello

specifico, a 3,35 pl per mille abitanti di cui 2,84 pl per acuti per mille abitanti e 0,51 pl post acuzie per mille abitanti;

**RILEVATO** che l'istituzione dei due posti letto di cui alla summenzionata deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda USL Pescara n.127/2015 del 09 febbraio 2015 non incide, in termini significativi, sui parametri relativi alla rete ospedaliera come individuati in sede di verifica degli Adempimenti LEA - anno 2014;

**RITENUTO**, opportuno, nelle more dell'adeguamento, della rete ospedaliera regionale ai parametri del riferito DM n. 70/2015, ampliare l'offerta assistenziale pubblica in favore dei pazienti in età pediatrica;

**STABILITO**, pertanto, di esprimere il nulla osta all'istituzione, presso la UOC di Pediatria del PO di Pescara, di due posti letto destinati al Servizio di assistenza e terapia sub intensiva per i pazienti in età pediatrica determinando, correlativamente, la dotazione dei pl dell'Azienda USL di Pescara, di cui alla Tab. 3 dell'Allegato C della DCA n. 45/2010, nei termini di seguito rappresentati:

AREA FUNZIONALE	PESCARA	PENNE	POPOLI	TOTALE
AREA FUNZIONALE MEDICA	256	45	20	321
AREA FUNZIONALE CHIRURGICA	194	24	20	238
AREA FUNZIONALE MATERNO-INFANTILE	90	14		102
TERAPIA INTENSIVA	24			24
PSICHIATRIA SPDC	15			15
TOTALE ACUTI	577	83	40	700
RIABILITAZIONALE			70	70
LUNGODEGENZA	20	10		30
TOTALE	20	10	70	100
TOTALE STRUTTURA	597	93	110	800

**STABILITO**, in ragione del carattere di urgenza che riveste il presente provvedimento, di procederne all'inoltro Ministeri affiancanti il PdR successivamente alla sua formale adozione.

## DECRETA

Per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano

- **di esprimere** il nulla osta all'istituzione di due posti letto presso la UOC di Pediatria del PO di Pescara destinati al Servizio di assistenza e terapia sub intensiva per i pazienti in età pediatrica, nelle more dell'adeguamento, della rete ospedaliera regionale ai parametri del DM n. 70/2015 del 02 aprile 2015;
- **di precisare** che i pazienti pediatrici che necessitano di assistenza e terapia sub-intensiva sono quelli che presentano patologie neuromuscolari a carattere degenerativo con grave insufficienza respiratoria ed, inoltre, i pazienti dimessi dalla terapia intensiva, i lattanti con grave insufficienza respiratoria ed i bambini con patologie respiratorie croniche oltre a coloro che presentano uno stato di male epilettico, un grave stato settico, uno scompenso in patologie metaboliche, un'intossicazione anche accidentale da farmaci o sostanze chimiche e tossiche;
- **di rimodulare** la dotazione dell'Azienda USL di Pescara, di cui alla Tab. 3 dell'All. C della DCA n. 45/2010 del 05 agosto 2010, nei termini di seguito rappresentati:

AREA FUNZIONALE	PESCARA	PENNE	POPOLI	TOTALE
AREA FUNZIONALE MEDICA	256	45	20	321
AREA FUNZIONALE CHIRURGICA	194	24	20	238
AREA FUNZIONALE MATERNO-INFANTILE	90	14		102
TERAPIA INTENSIVA	24			24
PSICHIATRIA SPDC	15			15
TOTALE ACUTI	577	83	40	700
RIABILITAZIONALE			70	70
LUNGODEGENZA	20	10		30
TOTALE	20	10	70	100
TOTALE STRUTTURA	597	93	110	800

- **di notificare** il presente provvedimento al Direttore Generale dell'Azienda USL di Pescara a mezzo PEC, di trasmetterne copia, ai Ministeri affiancanti il PdiR. per la relativa validazione oltre che ai competenti Servizi del Dipartimento Salute e Welfare per le attività di pertinenza, di procederne, inoltre, alla pubblicazione sul sito internet della Regione Abruzzo nonché sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo.

IL COMMISSARIO AD ACTA  
**Dott. Luciano D'Alfonso**

DECRETO 31.08.2015, n. 87

**Disposizioni per l'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale delle strutture operanti nell'Area assistenziale delle Dipendenze Patologiche.**

IL COMMISSARIO AD ACTA

**VISTA** la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 luglio 2014, con la quale il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo dott. Luciano D'Alfonso è stato nominato Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo, secondo i Programmi Operativi di cui all'articolo 2, comma 88 della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modifiche ed integrazioni;

**VISTO** il Decreto commissariale n. 90/2014 del 12 agosto 2014 di insediamento del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

**VISTA** la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 7 giugno 2012, con la quale il dott. Giuseppe Zuccatelli è stato nominato Sub Commissario, con il compito di affiancare il Commissario ad Acta per l'attuazione del piano di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del servizio sanitario abruzzese, avviato nell'anno 2007 e proseguito con i programmi operativi di cui all'art. 2, comma 88, della L. n. 191/2009;

**ATTESO** che la riferita deliberazione del 7 giugno 2012 incarica il Sub Commissario di collaborare con il Commissario ad acta "all'attuazione della normativa statale in materia di autorizzazioni ed accreditamenti istituzionali, mediante adeguamento della vigente normativa regionale";

**VISTO** il decreto commissariale n. 20/2012 dell'11.06.2012, di presa d'atto dell'insediamento del dott. Giuseppe Zuccatelli in qualità di Sub Commissario, con decorrenza dell'incarico dall'11.06.2012;

**VISTA** la L.R. 31.07.2007, n. 32 e s.m.i. recante "Norme generali in materia di autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private" in particolare l'art. 6 che detta la disciplina dell'accreditamento istituzionale.

**VISTA** la L.R. n. 5 del 10.03.2008 e s.m.i. di approvazione del Piano Sanitario Regionale 2008-2010;

**VISTO** l'art. 12 della L.R. n. 32 / 2007 e s.m.i. che stabilisce che l'accreditamento predefinitivo è la fase in cui si collocano le strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche già operanti sul territorio e private provvisoriamente accreditate ai sensi della legge n. 724/1994, al momento dell'entrata in vigore della stessa L.R. n. 32/2007 che hanno presentato domanda di autorizzazione definitiva di accreditamento istituzionale nei termini prescritti dalla stessa norma;

**VISTA** la legge n. 28/1993 a termini della quale l'iscrizione all'Albo costituisce condizione necessaria per l'esercizio delle attività di prevenzione e recupero per la tossicodipendenza e per la stipulazione delle convenzioni previste dalla norma fra le ex USSL e gli enti ausiliari, ai fini dell'esercizio delle attività di recupero del tossicodipendente con oneri a carico del SSN;

**RILEVATO CHE:**

- le strutture attualmente operanti nell'Area assistenziale delle dipendenze patologiche, ai sensi della L.R. 21 luglio 1993, n. 28 "Disciplina delle attività di prevenzione e di recupero di soggetti in stato di

tossicodipendenza, in attuazione del T.U. delle leggi in materia di tossicodipendenza 9 ottobre 1990, n. 309 - Istituzione dell'albo regionale degli enti ausiliari", risultano iscritte in un apposito Albo degli Enti Ausiliari ed operano in regime di convenzione con le Aziende USL di rispettiva competenza, secondo standards organizzativi operativi ed assistenziali definiti dalla normativa antecedente la LR n. 32/2007 e s.m.i.;

- con l'entrata in vigore della Legge regionale 32/2007 le strutture operanti a quella data hanno proposto istanza di autorizzazione ed accreditamento definitivo ai sensi degli articoli 11 e 12 della medesima legge secondo le procedure e le modalità previste nei Manuali di Autorizzazione ed Accreditamento di cui alla Deliberazione di Giunta regionale numero 591/P del 1° luglio 2008;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. 52/2012 dell'11 ottobre 2012, recante "Determinazione del fabbisogno di assistenza residenziale e semiresidenziale della Regione Abruzzo per la non autosufficienza, disabilità, riabilitazione, salute mentale e Dipendenze patologiche" ha, tra l'altro, definito una specifica Area assistenziale per le Dipendenze Patologiche, istituendo sei nuove tipologie di strutture eroganti prestazioni terapeutiche e riabilitative Comunità Doppia diagnosi, Comunità di prima accoglienza, Comunità terapeutica riabilitativa, Comunità terapeutica semiresidenziale tipo A (8-12 ore), Comunità terapeutica semiresidenziale tipo B (3-6 ore), Comunità Educativo-Assistenziale;
- con successivo decreto n. 54/2013 del 22 luglio 2013, recante "Requisiti di Autorizzazione ed Accreditamento Strutture Residenziali e Semiresidenziali per Dipendenze Patologiche. Modifica dei Manuali di autorizzazione e Accreditamento di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n.° 591/P del 01.07.2008 e successive modifiche ed integrazioni" si è provveduto a definire, per

ciascuna delle tipologie di strutture istituite con il citato DCA 52/2012 che erogano servizi terapeutico-riabilitativi nell'Area assistenziale delle Dipendenze Patologiche, i requisiti minimi tecnologici organizzativi e di personale, integrando a tal fine, il Manuale di Autorizzazione ed Accreditamento approvato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 591/P del 1° luglio 2008 e successive modifiche ed integrazioni;

- con Decreto del Commissario ad Acta n. 36/2015 del 23 marzo 2015, recante "Determinazione delle tariffe per prestazioni residenziali e semiresidenziali - Area assistenziale delle Dipendenze patologiche" sono state definite le tariffe da applicare alle prestazioni erogate dalle varie tipologie di strutture operanti nell'area assistenziale delle dipendenze patologiche;

**RITENUTO** di dover avviare i procedimenti di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale delle strutture che erogano servizi terapeutico-riabilitativi nell'area assistenziale delle Dipendenze Patologiche, secondo le procedure ed i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi di cui al Manuale di autorizzazione ed accreditamento approvato con Deliberazione di Giunta regionale n. 591/P del 1° luglio 2008, così come modificati dal citato Decreto del Commissario ad Acta n. 54/2013;

**RITENUTO** inoltre che possono proporre domanda di accreditamento istituzionale ai sensi dell'art. 12 della L.R. n. 32/2007 e s.m.i. e di autorizzazione definitiva ai sensi dell' art. 11 della stessa norma, secondo le tipologie strutturali di cui ai decreti del Commissario ad Acta n. 52/2012 e 54 /2013 in sostituzione delle istanze già a suo tempo avanzate, le Comunità Terapeutiche iscritte all'Albo degli Enti Ausiliari di cui alla L.R. n. 28/1993 per la cura e la riabilitazione delle dipendenze patologiche (Area di intervento terapeutico-riabilitativa), che hanno a suo tempo prodotto in tempo utile istanza di autorizzazione definitiva all'esercizio e di accreditamento definitivo ed operanti in base a rapporti convenzionali con le Aziende ASL;

**STABILITO**, in ragione del carattere di urgenza che riveste il presente provvedimento, di procederne all'approvazione disponendone l'immediato inoltro ai Ministeri affiancanti il Piano di Rientro per la prescritta validazione;

**STABILITO** altresì di pubblicare il presente provvedimento sul BURA con valore di notifica;

Tutto ciò premesso

Per le motivazioni e precisazioni espresse in narrativa che qui si intendono integralmente trascritte ed approvate

#### DECRETA

1. **di avviare** i procedimenti di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento istituzionale ai sensi degli artt. 11 e 12 della L.R. n. 32/2007 e s.m.i. delle strutture che erogano servizi terapeutico-riabilitativi nell'area assistenziale delle Dipendenze Patologiche, secondo le procedure ed i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi di cui al Manuale di autorizzazione ed accreditamento approvato con Deliberazione di Giunta Regionale n. 591/P del 1° luglio 2008, così come modificati dal citato Decreto del Commissario ad Acta n. 54/2013;
2. **di stabilire**, a tal fine, che entro il termine di 60 (sessanta) giorni, dalla pubblicazione sul BURAT del presente atto, le Comunità Terapeutiche iscritte all'Albo degli Enti Ausiliari di cui alla L.R. 28/1993 per la cura e la riabilitazione delle dipendenze patologiche (Area di intervento terapeutico-riabilitativa), che hanno a suo tempo prodotto in tempo utile istanza di autorizzazione definitiva all'esercizio ai sensi dell' art. 11 della L.R. 32/2007 ed operanti in base a rapporti convenzionali con le Aziende ASL, possono produrre analoga istanza, secondo le tipologie strutturali di cui ai decreti del Commissario ad Acta n. 52/2012 e 54/2013 in sostituzione delle istanze già a suo tempo avanzate;
3. **di stabilire** che entro il suindicato termine, le strutture di cui al punto 2) devono produrre istanza di accreditamento istituzionale ai sensi dell'articolo 12 della L.R. 32/2007, in sostituzione delle istanze già a suo tempo avanzate;
4. **di stabilire** che alle istanze di autorizzazione ed accreditamento sopra citate si applicano le procedure e le norme previste nei Manuali di Autorizzazione ed Accreditamento di cui alla Deliberazione di Giunta regionale n. 591/P del 1° luglio 2008 e successive modifiche ed integrazioni, così come modificati dal citato Decreto del Commissario ad Acta n. 54/2013;
5. **di pubblicare** il presente provvedimento sul BURAT con valore di notifica;
6. **di trasmettere** il presente provvedimento alle Aziende USL;
7. **di trasmettere** il presente decreto al Ministero dell'Economia e Finanze ed al Ministero della Salute per la relativa validazione.

IL COMMISSARIO AD ACTA  
**Dott. Luciano D'Alfonso**

---

DECRETO 17.09.2015, n. 90

**Recepimento accordo, ai sensi dell'art. 9, comma 2, lettera c) del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'Assistenza Sanitaria negli Istituti Penitenziari per adulti: implementazione delle reti Sanitarie Regionali e Nazionali".**

#### IL COMMISSARIO AD ACTA

**VISTA** la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 luglio 2014, con la quale il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo secondo i Programmi Operativi di cui al richiamato art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modificazioni ed integrazioni;

**VISTA** la nota prot. n. 521/ucl775 dell'11/08/2014, pervenuta agli atti regionali in data 12/08/2014 ove è stata acquisita con prot. n. RA/217294/SQ, con la quale il Ministro dell'Economia e delle Finanze - Ufficio del Coordinamento Legislativo ha formalmente trasmesso il provvedimento summenzionato;

**VISTO** il decreto commissariale n. 90/2014 del 12.08.2014, di presa d'atto dell'insediamento del Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo dott. Luciano D'Alfonso in qualità di Commissario ad acta per l'attuazione del summenzionato Piano di Rientro, con decorrenza dell'incarico dal 12/08/2014;

**VISTA** al deliberazione del Consiglio dei Ministri del 07 giugno 2012 con la quale, il dott. Giuseppe Zuccatelli è stato nominato Sub Commissario con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella realizzazione degli interventi ivi declinati funzionali all'attuazione del Piano di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento del Servizio Sanitario Abruzzese avviato nell'anno 2007 e proseguito con i Programmi Operativi di cui all'art. 2, comma 88 della L. n. 191/2009 per l'intera vigenza di detti Programmi Operativi;

**ATTESO CHE** la riferita deliberazione del 07 giugno 2012 incarica il Sub Commissario, dott. Giuseppe Zuccatelli, a collaborare con il

Commissario ad acta anche "per gli aspetti di programmazione sanitaria per l'adozione dei provvedimenti attuativi delle disposizioni recate dal vigente ordinamento in materia sanitaria, necessari all'attuazione del Piano di rientro";

**VISTO** il decreto commissariale n. 20/2012 di presa d'atto dell'insediamento del dott. Giuseppe Zuccatelli in qualità di Sub Commissario con decorrenza dell'incarico dall'11 giugno 2012;

**VISTO** l'art. 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 e, in particolare, il comma 2, lettera c), in base al quale la Conferenza Unificata promuove e sancisce accordi tra Governo e Regioni al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere in collaborazione attività di interesse comune;

**VISTI** gli artt. 11 della legge n. 354 del 1975 e 17 del D.P.R. n. 230 del 2000 ove si specifica che l'assistenza sanitaria in favore dei detenuti e degli internati debba essere assicurata all'interno degli istituti penitenziari, essendo possibile fare ricorso alle strutture sanitarie esterne solo quando siano necessari cure o accertamenti diagnostici che non possono essere apprestati dai Servizi sanitari interni agli istituti;

**VISTO** il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, che garantisce la salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività;

**VISTO** il D.Lgs n. 230/99 che all'art. 1 sancisce che i detenuti e internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e locali;

**VISTO** il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001 e successive modificazioni, recante: "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", che definisce i livelli essenziali di assistenza sanitaria garantiti dal servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'art. 1

del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni;

**VISTO** l'art. 2, comma 283, della Legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008), il quale prevede che con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri sono definite le modalità ed i criteri per il trasferimento dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali, in materia di sanità penitenziaria;

**VISTO** il Decreto del presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008, emanato in attuazione della sopra menzionata disposizione che, tra l'altro, attribuisce alle aziende sanitarie locali il compito di garantire ai detenuti, agli internati ed ai minorenni sottoposti a provvedimento penale il soddisfacimento dei bisogni di salute attraverso le prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione di cui hanno bisogno;

**RICHIAMATA** la Deliberazione di Giunta regionale n. 544 del 23 giugno 2008 avente per oggetto: "Recepimento DPCM dell'01/04/2008 - modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei Rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria" con la quale si è recepito il DPCM predetto ed è stato istituito l'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria con rappresentanti della Regione, dell'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia minorile;

**VISTO** il decreto commissariale di n. 84/2013 del 09 ottobre 2013 avente ad oggetto: "Legge 23/12/2009, n. 191, art.2, comma 88 - Programma Operativo 2013 - 2015" - intervento 10:" Sanità Penitenziaria";

**VISTO** l'accordo sancito in sede di Conferenza Unificata il 22/01/2015 Rep: N. 3/CU del 22/01/2015 e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, serie generale n. 64 del 18/03/2015 concernente "linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti;

implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali";

**ATTESO** che L'Accordo in parola stabilisce che le Regioni e le Aziende sanitarie debbano garantire l'impegno a dare attuazione alle disposizioni ivi indicate, adeguando i modelli sanitari preesistenti. Viene previsto il monitoraggio da parte del Tavolo di consultazione permanente per la sanità penitenziaria, attraverso relazioni che le Regioni dovranno fornire sullo stato di realizzazione e di funzionamento della rete di servizi per l'assistenza sanitaria in ambito penitenziario, in modo da risultare armonizzata ed omogenea ai livelli essenziali di assistenza;

**RITENUTO**, pertanto, opportuno procedere al recepimento dell'Accordo, approvato in Conferenza Unificata, sul documento "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali", che viene allegato al presente provvedimento per farne parte integrante, al fine di tradurre sul territorio regionale le disposizioni o indicazioni ivi contenute;

**CONSIDERATO** che la Regione Abruzzo procederà, sulla base delle indicazioni del sopraddetto Accordo, alla definizione del proprio modello di rete dei servizi sanitari penitenziari, la cui stesura viene affidata ad un gruppo di lavoro composto dal dirigente del Servizio e dal responsabile dell'Ufficio competenti per materia del Dipartimento per la Salute e il Welfare e dai referenti aziendali della sanità penitenziaria;

**RITENUTO**, altresì, di dover, successivamente, condividere il predetto elaborato con l'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria;

**ATTESO** che il presente atto ha carattere di indifferibilità ed urgenza e che, pertanto, sarà trasmesso ai Ministeri della salute e dell'Economia e delle Finanze successivamente alla sua adozione, per la relativa validazione;

Tutto Ciò Premesso

Per le motivazioni e precisazioni espresse in narrativa

#### DECRETA

- **di recepire** l'accordo sancito in sede di Conferenza Unificata il 22/01/2015 Rep. N. 3/CU del 22/01/2015 e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, serie generale n. 64 del 18/03/2015 concernente "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali", allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale;
- **di dare** attuazione all'accordo in parola secondo le modalità indicate in narrativa;
- **di provvedere** con successivo provvedimento all'adozione del modello di rete dei servizi sanitari penitenziari;
- **di trasmettere** il presente atto ai competenti Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze, per la

relativa validazione, nonché ai Direttori generali delle USL per gli adempimenti di competenza;

- **di pubblicare** il presente decreto sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo.

IL COMMISSARIO AD ACTA  
**Dott. Luciano D'Alfonso**

*Segue allegato*

Allegato al Decreto del Commissario  
ad ACTA

n. 90 del 17 SET. 2015



18-3-2015

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 64

**PRESIDENZA  
DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI  
CONFERENZA UNIFICATA**

ACCORDO 22 gennaio 2015.

Accordo, ai sensi dell'articolo 5, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento di linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali. (Rep. n. 3/CU).

**LA CONFERENZA UNIFICATA**

Nell'odierna seduta del 22 gennaio 2015;

Visto l'art. 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 e, in particolare, il comma 2, lettera c), in base al quale questa Conferenza promuove e sancisce accordi tra Governo, regioni, province, comuni e comunità montane, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere in collaborazione attività di interesse comune;

Visti gli articoli 11 della legge n. 354 del 1975 e 17 del decreto del Presidente della Repubblica n. 230 del 2000 ove si specifica che l'assistenza sanitaria in favore dei detenuti e degli internati debba essere assicurata all'interno degli istituti penitenziari, essendo possibile fare ricorso alle strutture sanitarie esterne solo quando "siano necessari cure o accertamenti diagnostici che non possono essere apprestati dai Servizi sanitari interni agli istituti";

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, che garantisce la salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività;

Visto il d.lgs. 230/99 che all'art. 1 sancisce che "I detenuti e internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e locali";

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001 e successive modificazioni, recante: "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", che definisce i livelli essenziali di assistenza sanitaria garantiti dal Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'art. 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni;

Visto l'art. 2, comma 283, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008), il quale prevede che con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri sono definite le modalità ed i criteri per il trasferimento del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali, in materia di sanità penitenziaria;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008, emanato in attuazione della sopra menzionata disposizione che, tra l'altro, attribuisce alle aziende sanitarie locali il compito di garantire ai detenuti, agli internati ed ai minorenni sottoposti a provvedimento penale il soddisfacimento dei bisogni di salute attraverso le prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione di cui hanno bisogno;

Visto l'Allegato A del citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri che stabilisce che "l'Azienda sanitaria garantisce le prestazioni specialistiche su richiesta del medico responsabile o di altro specialista, da erogarsi all'interno dell'istituto di pena ovvero, nel rispetto delle esigenze di sicurezza, presso gli ambulatori territoriali o ospedalieri" e

Rilevato che il menzionato Allegato A - nonché l'Accordo 20 novembre 2008 adottato in attuazione dell'art. 7 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008 - reca "indicazioni sui modelli organizzativi", secondo cui la ASL, nella definizione dei modelli organizzativi dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari, deve tenere conto di taluni criteri, tra i quali la tipologia del ristretto (collaboratori di giustizia, alta sicurezza ecc.) o particolari esigenze di sicurezza;

Considerato che questa Conferenza, nella seduta del 31 luglio 2008, ha deliberato (Rep. Atti n. 81/CU) la costituzione del "Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria", tra i cui compiti è previsto anche l'espletamento dell'attività istruttoria dei provvedimenti, da sottoporre all'esame di questa medesima Conferenza, attuativi del più volte citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008, nonché la predisposizione di indirizzi per favorire la realizzazione di programmi di interventi nelle realtà territoriali e di strumenti volti a favorire il coordinamento fra regioni, provveditorati regionali dell'Amministrazione penitenziaria e centri della giustizia minorile;

Visto l'Accordo della Conferenza unificata del 26 novembre 2009, Rep. Atti n. 81/CU recante: "Strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario italiano";

Visto l'art. 7 del Nuovo patto per la salute per gli anni 2014-2016, su cui è stata sancita intesa nella seduta della Conferenza Stato-Regioni del 10 luglio 2014, Rep. Atti n. 82/CSR, che prevede che le regioni e le province autonome si impegnano ad approvare in sede di Conferenza unificata, ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo n. 281/1997, l'Accordo avente ad oggetto: "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari"; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali";

Vista la nota in data 22 settembre 2014, con la quale il Coordinamento tecnico della Commissione salute ha trasmesso il documento indicato in oggetto, elaborato e condiviso dal gruppo interregionale "Sanità penitenziaria", al fine del perfezionamento di un Accordo in sede di Conferenza unificata;

Vista la nota di questo Ufficio di segreteria del 25 settembre 2014 di diramazione del documento in parola;

Considerato che, nel corso della riunione del Tavolo permanente sulla sanità penitenziaria del 15 dicembre



18-3-2015

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 64

2014, si è svolto un ampio confronto sulla proposta in oggetto e i rappresentanti delle Amministrazioni centrali interessate e delle regioni hanno concordato modifiche al testo, recepite nella versione definitiva dell'Accordo trasmessa dal Coordinamento delle Regioni in data 8 gennaio 2015 e firmata in pari data;

Considerato che, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, il Sottosegretario alla salute ha avanzato la proposta di inserire all'art. 2, punto 2, fine del primo capoverso, la frase "anche avvalendosi delle tecnologie e delle innovazioni che consentono l'erogazione di servizi a distanza", accolta dalle regioni e province autonome e dalle Autonomie locali;

Acquisito, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo, delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano e delle autonomie locali;

Sancisce accordo:

tra il Governo, le regioni e le province autonome e le Autonomie locali, nei seguenti termini:

Considerati:

la relazione sulle audizioni dei rappresentanti degli Osservatori regionali permanenti sulla sanità penitenziaria, in tema di assistenza sanitaria in favore dei detenuti, internati e minori sottoposti a procedimento penale, che hanno avuto luogo presso il Ministero della salute dal 16 giugno al 12 luglio 2011;

le segnalazioni pervenute successivamente da parte del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile, che hanno evidenziato in ambito nazionale, criticità in tema di accesso alle cure dirette ai detenuti, internati e minori sottoposti a procedimento penale;

la opportunità di individuare le iniziative più efficaci per garantire, nei servizi sanitari, in ambito penitenziario, una maggiore uniformità dei percorsi di accesso e di erogazione delle prestazioni sanitarie nei confronti della popolazione;

Ritenuto necessario fornire indicazioni per la ridefinizione dei contesti e delle modalità con le quali vengono erogate le prestazioni sanitarie a favore delle persone detenute al fine di favorire il superamento delle criticità segnalate;

Si conviene tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano e le autonomie locali, nei seguenti termini:

#### Art. 1.

##### *La Rete dei servizi sanitari penitenziari*

1. Le regioni, le province autonome e le aziende sanitarie assicurano l'assistenza sanitaria alla popolazione detenuta negli istituti penitenziari e nei servizi della giustizia minorile del proprio territorio regionale attraverso un sistema articolato di servizi sanitari con caratteristiche di complessità organizzativa e funzionale crescenti, che costituiscono la Rete regionale e nazionale per l'assistenza sanitaria penitenziaria. Le regioni e le province autonome definiscono entro 180 giorni la composizione e le modalità di funzionamento della Rete così da garantire che tutti i bisogni di

salute dei detenuti trovino adeguata ed appropriata risposta all'interno delle strutture regionali intra-penitenziarie e territoriali. A questo fine, in relazione alle caratteristiche della popolazione detenuta e alle esigenze sanitarie da questa presentate, ogni regione e P.A. assicura all'interno del proprio territorio la presenza di servizi sanitari penitenziari in relazione alle esigenze della popolazione detenuta negli IIPP. Nell'Allegato, che costituisce parte integrante del presente Accordo, sono descritte le caratteristiche generali delle tipologie di servizi sanitari penitenziari cui ogni regione e P.A. fa riferimento per la programmazione dei servizi sanitari necessari negli IIPP del proprio territorio. Il trasferimento presso servizi sanitari di altre Regioni è effettuato dall'Amministrazione penitenziaria in caso di necessità di cure di altissima specializzazione o di cure di particolare complessità clinica (cardiochirurgia, neurochirurgia, trapianti, ustioni ecc.).

2. Le regioni e le province autonome comunicano la composizione della rete assistenziale (intra-penitenziaria, territoriale ed ospedaliera) e la sua organizzazione locale e regionale, all'Amministrazione penitenziaria ed all'Autorità giudiziaria per le determinazioni di rispettiva competenza.

3. Nel caso in cui il Direttore generale dell'Azienda sanitaria competente o suo delegato - su segnalazione del responsabile medico del servizio - certifichi l'impossibilità di garantire le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche necessarie presso l'istituto penitenziario o comunque nel territorio dell'Azienda sanitaria competente, il trasferimento di detenuti-bisognosi di cure è effettuato dall'Amministrazione penitenziaria in uno degli istituti penitenziari della regione, tenuto conto della valutazione del soggetto cui la regione ha attribuito funzioni di coordinamento della rete regionale (Rete sanitaria interpenitenziaria regionale interaziendale), su proposta del responsabile del servizio/istituto di partenza e scelto quello del servizio/istituto di destinazione. Per i trasferimenti per motivi di salute in altra regione, riservati esclusivamente alle patologie di maggior gravità, l'Amministrazione penitenziaria si avvale anche della collaborazione del soggetto regionale che coordina la rete, le cui valutazioni concorrono alla individuazione discrezionale della sede penitenziaria di trasferimento del detenuto per motivi di salute. Il servizio sanitario di partenza e di arrivo collaborano nello scambio di informazioni a tutela della continuità terapeutica.

#### Art. 2.

##### *I Servizi della Rete*

1. Ogni Servizio sanitario penitenziario è una sede territoriale della locale azienda sanitaria ed eroga l'assistenza sanitaria garantendo l'azione multidisciplinare e l'integrazione di interventi a favore della persona detenuta, fa parte della rete dei servizi regionali, che assicura la continuità assistenziale. Per la prescrizione di tutte le prestazioni sanitarie è utilizzato esclusivamente il ricettario unico regionale, anche per rispondere alla necessità dei flussi informativi.

2. Le regioni, le province autonome e le aziende sanitarie assicurano la promozione della salute, la diagnosi e la cura degli eventi patologici acuti e cronici, di norma all'interno delle strutture penitenziarie, valorizzando le risorse



18-3-2015

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 64

sanitarie ivi disponibili, anche avvalendosi delle tecnologie e delle innovazioni che consentono l'erogazione di servizi a distanza. Quando necessario, in relazione alla tipologia dell'evento morboso od alla complessità della prestazione necessaria, le prestazioni sono erogate in luoghi esterni di cura in conformità alla normativa vigente.

3. Le regioni, le province autonome e le aziende sanitarie assicurano in tutti gli Istituti penitenziari forme di medicina d'iniziativa e promozione della salute attraverso la correzione degli stili di vita e dei possibili fattori di rischio con il concorso delle Direzioni penitenziarie per l'individuazione di soluzioni logistiche ed organizzative che favoriscano il mantenimento dello stato di salute dei detenuti (individuazione di stanze di detenzione destinate ad accogliere detenuti in fase post-acute o zone smoke-free, regolamentazione dell'acquisto dell'alcool, diete mirate al controllo del peso corporeo, configurazione dei letti con reti e materassi rigidi per patologie, ambienti per disabili, etc.). Le regioni, le province autonome e le aziende sanitarie assicurano altresì gli interventi di screening e diagnosi precoce previsti dalla normativa, l'assistenza medica di base, l'assistenza farmaceutica ed integrativa, e le visite medico-specialistiche ambulatoriali. Laddove si riscontri l'esigenza di una prestazione specialistica ambulatoriale non disponibile all'interno dell'Istituto penitenziario o della azienda sanitaria di competenza, la stessa è garantita anche attraverso specifici accordi con altre aziende sanitarie, specie per la diagnostica strumentale ad alta tecnologia (TAC, RMN, PET, ecc.); in tutti gli Istituti penitenziari è garantita la presa in carico ed il trattamento dei detenuti tossicodipendenti e alcolodipendenti. Come previsto nel decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008, Allegato A, e nell'accordo sancito dalla Conferenza unificata del 13 ottobre 2011, in merito alla "Prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale", le aziende sanitarie garantiscono alle persone con disturbi mentali appropriati interventi e tutte le possibilità di cura e di promozione della salute mentale. A tal fine, le aziende sanitarie elaborano con le Direzioni penitenziarie protocolli operativi volti a definire le modalità di collaborazione tra gli operatori sanitari e gli operatori penitenziari per l'individuazione precoce del disagio dei detenuti e per la riduzione del rischio di suicidio e di autolesionismo in ambiente penitenziario secondo quanto previsto dall'accordo della Conferenza unificata del 19 gennaio 2012. Gli interventi sono effettuati all'ingresso e durante tutto il periodo di permanenza della persona nell'Istituto di pena e assicurano la continuità della presa in carico, attraverso il collegamento con le aziende sanitarie del territorio di residenza del detenuto. L'assistenza protesica a favore degli aventi titolo e la fornitura dei previsti ausili e protesi per disabili è soggetta all'autorizzazione dell'azienda sanitaria. Per l'accertamento delle condizioni di cui alle leggi 118/71 e s.m.l., 18/80 e s.m.l., 104/92 e s.m.l., 68/99 e s.m.l., si applicano le procedure della normativa vigente; per i non residenti le commissioni operano su delega dell'azienda sanitaria di residenza.

4. In situazioni di emergenza-urgenza l'azienda sanitaria garantisce all'interno degli Istituti penitenziari un'adeguata risposta di primo soccorso per la tempestiva stabilizzazione del paziente detenuto, tramite il servizio medico interno ed i servizi territoriali di emergenza-urgenza, cui segue, ove

occorra, l'invio immediato presso la struttura ospedaliera di riferimento territoriale. Analoga prestazione, esclusivamente in situazioni di emergenza-urgenza, viene garantita nei confronti delle persone comunque presenti all'interno dell'Istituto penitenziario. In nessun caso è configurabile una funzione di pronto soccorso in carcere. Nei confronti del Corpo di polizia penitenziaria, al di fuori di tale previsione, sono garantite esclusivamente le prestazioni di cui all'Accordo Rep. Atti n. 51/CU del 29 ottobre 2009 e dei successivi protocolli in sede territoriale.

5. Le regioni, le province autonome e le aziende sanitarie, attraverso una specifica programmazione, realizzata con il contributo dell'Amministrazione penitenziaria, garantiscono, sul proprio territorio ai detenuti con comorbilità complessa, tossicodipendenti, alcolodipendenti, soggetti con disagio/disturbo mentale, detenuti con patologie croniche o con disabilità che necessitano di un regime particolarmente assistito, cure adeguate in ambito detentivo, anche attraverso l'attivazione di sezioni dedicate.

6. La pianificazione regionale della rete tiene conto di:

realità esistente in termini di strutture e servizi;

capienza dell'Istituto;

numero annuo di ingressi;

presenza media di detenuti;

territori a più alto tasso di criminalità;

sedi penitenziarie con particolari tipologie di detenuti;

Istituti penitenziari attrezzati con specifiche strutture sanitarie interne, per i quali sia predisposto un servizio di continuità assistenziale medica ed infermieristica presente h 24.

7. La pianificazione regionale dei servizi destinati alla presa in carico dei detenuti con necessità di particolare impegno assistenziale è orientata al modello organizzativo delle reti cliniche integrate "HUB & SPOKE" che prevede la concentrazione della casistica più complessa in un numero limitato di centri (HUB). L'attività degli HUB è fortemente integrata, attraverso connessioni funzionali, con quella dei centri periferici (SPOKE). Nella ridefinizione del modello di rete assistenziale per le persone detenute, i servizi sanitari di riferimento possono essere sia intra che extrapenitenziari. A questo fine, le Regioni e le province autonome procedono alla:

Individuazione delle "sezioni sanitarie specializzate" all'interno delle strutture penitenziarie e verifica della loro coerenza rispetto al fabbisogno regionale. Con riferimento a tali strutture si utilizzano i termini di trasferimento e permanenza;

Individuazione di reparti di ricovero e degenza all'interno delle strutture ospedaliere: procedure definite quali ricovero o degenza possono riferirsi solo a specifici reparti ospedalieri di medicina penitenziaria (ex medicina protetta). I ricoveri presso tali strutture sono attuati su disposizione della autorità giudiziaria (trasferimento per cure) che ne stabilisce il termine anche secondo le indicazioni dei sanitari del reparto ospedaliero. Le Regioni e le Province autonome si impegnano ad effettuare la mappatura dei posti di degenza previsti ai sensi dell'art. 7 del decreto-legge 14 giugno 1993, n. 187, convertito nella legge n. 296/93, anche al fine di definire il fabbisogno standard dei posti letto per detenuti da attivare in ciascuna regione.



18-3-2015

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 64

## Art. 3.

*Accreditamento*

1. Nelle more del completamento del percorso di autorizzazione e accreditamento ai sensi della normativa vigente, i servizi sanitari operanti all'interno degli Istituti penitenziari rimangono attivi e funzionanti fino alla emanazione dell'atto di autorizzazione e di accreditamento istituzionale.

2. La Amministrazione penitenziaria, nelle sue articolazioni centrali e periferiche, la regione e la ASL stipulano appositi protocolli d'intesa che stabiliscono il cronoprogramma degli eventuali lavori di adeguamento delle strutture di cui al comma 1.

3. Come previsto dall'Accordo della Conferenza unificata del 29 aprile 2009, sono a carico del Ministero della giustizia gli oneri relativi agli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria dei locali concessi in uso al fine dell'erogazione delle prestazioni sanitarie. I suddetti interventi sono inseriti nel primo piano triennale utile di edilizia penitenziaria, per consentire il completamento dei procedimenti di autorizzazione e di accreditamento.

## Art. 4.

*La programmazione dei Servizi medici multiprofessionali integrati con sezioni dedicate e specializzate di assistenza intensiva*

1. In coerenza con i principi della regionalizzazione dell'assistenza sanitaria e della territorialità della pena, le regioni e le province autonome si dotano di un Servizio medico multiprofessionale integrato con sezioni dedicate e specializzate di Assistenza intensiva (S.A.I. - Tipo C1), di cui all'Allegato: ex Centri diagnostico-terapeutici o Centri clinici) anche stipulando specifici accordi con regioni limitrofe che dispongono di siffatta modalità organizzativa. Tali centri erogano prestazioni di assistenza specialistica di cui al punto 4 dell'Allegato, le cui tipologie e volumi costituiscono il riferimento oggettivo per il riparto delle risorse statali appositamente destinate ai CDT.

2. I Centri clinici attualmente in funzione sono: Bari "Francesco Rucci", Genova "Marassi", Messina, Milano "Opera", Milano "San Vittore", Napoli "Poggioreale - G. Salvia", Napoli "Secondigliano", Massa, Parma, Pisa "Don Bosco" (maschile e femminile), Roma "Regina Coeli", Sassari, Torino "Lorusso e Cotugno", Busto Arsizio. Sono in via di attivazione: Cagliari "Ute" e Catanzaro. L'accordo della Conferenza Unificata del 26 novembre 2009, recante "Strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario italiano", è abrogato limitatamente alla lettera a), quarto capoverso, n. 1, che definisce insopprimibili i centri clinici di Milano Opera, Parma, Pisa, Roma Regina Coeli e Napoli Secondigliano.

3. L'apertura o la eventuale soppressione di S.A.I. viene programmata secondo un piano concordato tra le autorità sanitarie regionali e l'amministrazione penitenziaria, nelle sue articolazioni centrali e periferiche.

## Art. 5.

*Monitoraggio e armonizzazione*

1. L'applicazione del presente Accordo è oggetto di:

a. monitoraggio da parte del Tavolo di consultazione permanente per la sanità penitenziaria che procede a verificare lo stato dell'offerta sanitaria negli istituti penitenziari alla data dell'entrata in vigore del presente accordo e, con cadenza annuale, lo stato di realizzazione e il funzionamento delle Reti regionali dei servizi per l'assistenza sanitaria ai detenuti. Le regioni e le province autonome si impegnano a fornire relazioni scritte ovvero a partecipare ad audizioni dirette;

b. verifica della graduale progressiva armonizzazione dell'erogazione omogenea dei Livelli essenziali di assistenza sul territorio nazionale.

## Art. 6.

*Criteri di appropriatezza*

1. Le aziende sanitarie sono titolari della gestione di tutte le attività dedicate alla tutela della salute della popolazione detenuta e dei bambini al seguito di madri detenute, laddove presenti. A tal fine dispongono che la propria organizzazione sia oggetto di un'attività di valutazione e miglioramento della qualità a cadenza almeno annuale. I servizi sanitari penitenziari adottano regolamenti coerenti con le linee guida di società scientifiche, con indirizzi istituzionali o di gruppi di esperti per una buona pratica clinica nelle varie branche specialistiche. Gli aspetti più generali dell'assistenza (nuovo ingresso-presa in carico, protocolli operativi traservizi medici e Ser.T. e D.S.M., attività specialistica, ricoveri ospedalieri, gestione emergenza-urgenza) sono affrontati secondo metodologie operative standard, note e condivise ai vari livelli del SSN. I criteri di efficienza, efficacia appropriatezza e i Piani diagnostici terapeutici applicati sono definiti in accordo con le ASL territorialmente competenti.

## Art. 7.

*Utilizzazione delle risorse assistenziali da parte di terzi a fini di cura o medico-legali*

1. Secondo quanto previsto dal comma 11 dell'art. 11 della legge n. 354/75 e dal comma 7 dell'art. 17 del decreto del Presidente della Repubblica 230/2000, la Direzione dell'IP, su richiesta del detenuto, può autorizzare l'ingresso in IP di medici di fiducia del detenuto stesso.

2. Ferma restando la necessaria autorizzazione della azienda sanitaria competente, per l'utilizzo dei locali, beni strumentali e materiali d'uso è dovuto, nei casi di cui al comma 1, uno specifico corrispettivo a carico del detenuto medesimo.

3. Con atto da definirsi in sede di Conferenza unificata, sono stabiliti:

le modalità di rapporto tra il medico di fiducia e il SSN;

i tempi e le modalità di utilizzo dei locali, beni strumentali e materiali, nonché i criteri omogenei per l'individuazione del corrispettivo dovuto dal detenuto.



18-3-2015

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 64

## Art. 8.

## Norma finanziaria

1. A decorrere dall'esercizio finanziario 2016 i criteri di riparto delle risorse finanziarie assegnate alle regioni e P.A. per la sanità penitenziaria tengono conto dell'attuazione del presente Accordo.

## Art. 9.

## Norme finali

1. Le regioni e le province autonome si impegnano a recepire i contenuti del presente accordo entro 6 mesi dalla data di approvazione del medesimo, con propri atti di programmazione che declinino le modalità e i tempi di adeguamento, tenendo conto in modo complementare dell'attuale assetto organizzativo dei propri servizi laddove già operativi ed in aderenza ai modelli sanitari regionali.

2. L'attuazione del presente accordo deve avvenire senza maggiori oneri a carico della finanza pubblica; per la sua graduale attuazione le regioni e le province autonome si avvalgono delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Roma, 22 gennaio 2015

Il Presidente: LANZETTA

Il Segretario: NADDEO

ALLEGATO

SERVIZI SANITARI IN AMBITO PENITENZIARIO:  
INDICE PER LA PROGRAMMAZIONE E IL GLORARIO ORIZZALE

Ogni struttura penitenziaria per adulti è dotata di uno specifico "Servizio sanitario penitenziario" operante sotto la responsabilità di un medico che coordina gli interventi delle professionalità sanitarie coinvolte, ivi incluse quelle specialistiche, ospedaliere, delle sezioni specializzate o dedicate e quelle dei servizi territoriali per la presa in carico del disagio psichico o delle patologie da dipendenza. Il medico responsabile definisce inoltre i generali bisogni assistenziali dei detenuti e mantiene costanti rapporti con la Direzione penitenziaria e le sue articolazioni funzionali, anche in ragione dell'alta complessità della gestione clinico-assistenziale e della specificità giuridica delle persone detenute ed internate. Il responsabile del Servizio è responsabile della gestione dei locali sanitari, strumentazioni, arredi e dell'attività dei sanitari che operano all'interno della struttura. Il livello di responsabilità superiore dei servizi sanitari in ambito penitenziario è definito dalle Regioni e Province autonome nei conseguenti atti aziendali.

I servizi sanitari presentano quindi caratteristiche e potenzialità differenziali a seconda delle dimensioni, delle presenze, della tipologia di detenuti, del turnover di ammessi o decessi e risultano le modificazioni dei circuiti penitenziari regionali.

Le Regioni e Province autonome tengono conto nell'ambito della propria programmazione, dei criteri esplicitati al punto 6 dell'art. 2 dell'Accordo al fine di elaborare il proprio modello organizzativo di sanità penitenziaria, sulla base delle tipologie di servizi di seguito dettagliati. Tale modello tiene conto della complessità e della numerosità delle situazioni sanitarie della popolazione detenuta nonché della situazione organizzativa preesistente al passaggio della sanità penitenziaria al Servizio sanitario.

## 1. Servizio medico di base.

È la tipologia di servizio più semplice attivata nelle strutture penitenziarie con popolazione detenuta riconosciuta in buone condizioni di salute. Essa offre in via continuativa per fuso orario, prestazioni di medicina di base e assistenza infermieristica nonché ordinariamente prestazioni

di medicina specialistica (olometria, cardiologia, psichiatria, malattie infettive), la presa in carico di pazienti con problematiche inerenti alle patologie da dipendenza o altre che presuppongono una presa in carico a lungo termine.

Le prestazioni delle altre branche specialistiche sono garantite, all'interno dell'IP o presso i servizi dell'Azienda sanitaria secondo le esigenze delle persone detenute e l'organizzazione aziendale. Il servizio notturno, prefestivo e festivo è a chiamata ed è garantito dal servizio di continuità assistenziale del territorio, al bisogno o secondo le modalità previste dalle Aziende sanitarie.

Il servizio svolge attività sanitaria di promozione di salute, diagnosi e cura di patologie o comorbidità di basso impatto assistenziale. Garantisce inoltre l'esecuzione dei test di screening previsti per l'intera popolazione (pap-test, mammografia e sangue occulto) anche attraverso le articolazioni territoriali delle ASL.

## 2. Servizio medico multi-professionale integrato.

Questa tipologia di servizio si differenzia dalla precedente per la presenza del personale sanitario medico ed infermieristico sulle 24 ore. Oltre a quanto previsto nel Servizio medico di base sono garantite ordinariamente le prestazioni specialistiche (psichiatria, malattie infettive, cardiologia, odontoiatria) oltre a tutte quelle necessarie per la cura e la terapia delle altre forme morbide presenti nella struttura. In tale maniera questo servizio è in grado di fornire il monitoraggio di patologie di maggiore complessità assistenziale o di comorbidità, l'osservazione e il trattamento del post-acuzie quando non particolarmente intenso.

Continuano ad essere garantiti l'attività di promozione della salute, degli screening e dell'attività fisica adatta per la prevenzione delle patologie croniche.

## 3. Servizio medico multi-professionale integrato con sezione specializzata.

Alle caratteristiche del servizio medico multi-professionale integrato aggiunge la presenza di una sezione detentiva sanitaria specializzata, dedicata a fornire assistenza sanitaria a detenuti affetti da specifici stati patologici, come di seguito specificato. Il personale sanitario è presente nelle 24 ore. Questi servizi potrebbero essere dotati anche di diagnostica ecografica e di personale per l'erogazione di trattamenti specialistici di medicina fisica e riabilitazione per l'erogazione di trattamenti post-acuzie. Non è prevista la cessione in uso dei relativi ambienti (stanze di detenzione) a titolo gratuito all'ASL competente.

## Le sezioni sanitarie specializzate.

La normativa vigente prevede che alcune categorie di detenuti, affetti da specifici stati patologici, siano ospitati in sezioni penitenziarie o gestione sanitaria. Il primo riferimento normativo per l'istituzione di sezioni specializzate è la legge 354/1975 che, all'art. 65, prevede: "I soggetti affetti da infermità o menomazioni fisiche o psichiche devono essere assegnati ad istituti o sezioni speciali per idoneo trattamento. A tali istituti o sezioni sono assegnati i soggetti che, a causa delle loro condizioni, non possono essere sottoposti al regime degli istituti ordinari". La normativa successiva ha previsto sezioni specializzate dedicate a soggetti tossicodipendenti.

Per quanto riguarda i soggetti con menomazioni fisiche e sensoriali (soggetti con gravi menomazioni della capacità motoria, soggetti non vedenti o ipovedenti gravi), non risulta necessaria la previsione di specifiche sezioni, considerando che la libertà di movimento può essere garantita con l'abbattimento delle barriere architettoniche. Laddove siano presenti specifiche necessità di trattamento riabilitativo, le stesse possono essere soddisfatte dai servizi penitenziari in cui è presente l'offerta specialistica di medicina fisica e riabilitazione ovvero, in base alle specifiche condizioni sanitarie, di altre discipline specialistiche. I soggetti la cui gestione deve essere accolta in ambienti penitenziari appositamente allestiti, per assicurare la permanenza in condizioni tali da salvaguardare l'autonomia e la dignità, coerentemente con i principi della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità. Qualora nell'istituto non sia possibile realizzare ambienti attrezzati e percorsi di orientamento con ridotte barriere architettoniche, l'amministrazione penitenziaria individua o predispone specifiche soluzioni nell'ambito degli istituti penitenziari del territorio di competenza, in coerenza col principio della territorialità della pena. L'amministrazione penitenziaria cura l'assistenza alle persone anche col ricorso a specifici figure di detenuti cure giurati (Invocanti), contribuendo alla stessa di un opportuno regolamento sanitario di gestione della sezione sanitaria. Con riferimento a tali strutture si utilizzano i termini di trasferimento e permanenza.



18-3-2015

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 64

Sulla base delle previsioni normative, vengono di seguito specificate le tipologie di sezioni specializzate dedicate ai soggetti con malattie infettive, ai soggetti con disturbi mentali e ai soggetti tossicodipendenti.

3.1. Sezioni per detenuti con malattie infettive.

Ogni Regione e PA individua sezioni o camere di detenzione per l'assistenza e la cura delle persone affette da malattie infettive, che necessitano di cure specifiche. Nel caso di infezioni da HIV, ai sensi dell'Accordo rep. 33/CU del 15 marzo 2012 "Infezione da HIV e detenzione" le linee generali di gestione clinica sono condivise con l'Unità operativa ospedaliera di malattie infettive di riferimento, valorizzando l'attività delle risorse umane interne. Particolare attenzione deve essere dedicata ad evitare che si creino condizioni di sovrapposizione del contesto.

3.2. Sezioni per soggetti affetti da disturbi mentali.

L'istituzione di sezioni specializzate per persone con disturbi mentali, oltre alla legge 354/1975; trova un ulteriore riferimento normativo nell'Accordo in Conferenza unificata del 13 ottobre 2011, recante "Integrazione agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle Case di cura e custodia (CCC) di cui all'Allegato C al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008".

In tali sezioni gli interventi diagnostici e terapeutico-riabilitativi sono assicurati dai dipartimenti di salute mentale delle Aziende sanitarie territorialmente competenti, oltre che dagli altri specialisti del Servizio. L'inserimento in dette sezioni che comprendono ed unificano le preesistenti sezioni penitenziarie per osservandi e minorati psichici, è riservato ai soggetti detenuti che presentano disturbi psichici gravi, con specifico riferimento ai soggetti di cui all'art. 111 (commi 5 e 7) del decreto del Presidente della Repubblica 130/2000 sull'ordinamento penitenziario, ai soggetti di cui all'art. 112 del decreto del Presidente della Repubblica medesimo ed ai soggetti di cui all'art. 148 C.P.

3.3. Sezioni per detenuti tossicodipendenti (art. 96, commi 3 e 4, d.l.P.R. 309/90).

Custodie attenuate: sono destinate alla permanenza di persone con diagnosi medica di alcol-tossicodipendenza in fase di disassuefazione avanzata dall'uso di sostanze stupefacenti e possono occupare un intero istituto ("I.C.A.T.T.", Istituto a custodia attenuata per il trattamento dei tossicodipendenti) o una o più sezioni ("Se.A.T.T.": Sezioni attenuate per il trattamento dei tossicodipendenti) facenti parte di istituti più grandi. L'istituto o la sezione di custodia attenuata, avvalendosi anche del personale del Ser.T. territoriale e, se necessario, del D.S.M., svolge attività di prevenzione, riduzione del danno, attuazione di diagnosi, trattamento riabilitativo e reinserimento sociale delle persone alcol-tossicodipendenti che aderiscono volontariamente al programma. È auspicabile la presenza di un Istituto interamente dedicato almeno per ogni regione. L'intervento specialistico del Ser.T. dovrà essere tale da fornire i richiesti interventi coordinati nell'ambito di uno specifico regolamento di Servizio medico multiprofessionale integrato con unità dedicate e specializzate, dotate di precisi criteri di accesso, esclusione, permanenza e che favorisca anche l'evitamento alle misure alternative. La medicina di base, la medicina specialistica, la guardia medica ed il coordinamento tecnico-funzionale degli interventi sono garantiti dal Servizio sanitario dell'istituto. Per la diagnosi, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza si applicano il decreto ministeriale n. 444/90, la legge n. 459/99 ed il decreto del Presidente della Repubblica 309/90 e sue modifiche ed integrazioni.

Unità a custodia attenuata per il trattamento della Sindrome astinenziale: è rappresentata da aree di osservazione clinica in istituti dedicate alla gestione della sindrome astinenziale in entrata ai carceri. Tali aree sono di dimensioni proporzionali al turnover di detenuti alcol-tossicodipendenti ed anch'esse devono presentare una gestione simile alla tipologia precedente; anche in questo caso l'intervento specialistico del Ser.T. dovrà essere tale da fornire i richiesti interventi coordinati nell'ambito di uno specifico regolamento di Servizio medico multiprofessionale integrato con unità dedicate e specializzate. Le unità sono dotate di un numero di stanze di detenzione dedicate, ma incrementabili, qualora le esigenze lo richiedano.

4. Servizio medico Multi-professionale integrato con sezioni dedicate e specializzate di assistenza intensiva (S.A.I.) - (ex Centri diagnostico-terapeutici o centri clinici).

Questa tipologia di servizio costituisce l'entità organizzativa di maggiore complessità e sostituisce i "Centri diagnostico-terapeutici" o "Centri clinici" tuttora attivi ed esistenti ai sensi dell'art. 17, comma 4, del regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario (D.P.R. n. 230/2000). Il S.A.I. ha un assetto organizzativo che integra le tipologie dei servizi multi-professionali integrati, può, pertanto, essere costituito anche da sezioni dedicate e specializzate. Detto servizio risponde a bisogni di salute che necessitano di assistenza sanitaria specialistica continuativa, assicurando prestazioni sanitarie assistenziali di tipo intensivo ed estensivo extra ospedaliero, che non possono essere garantite nei servizi a minore complessità organizzativa.

L'inserimento in tali strutture risponde a valutazioni strettamente sanitarie, tramite la definizione di criteri per il trasferimento e la durata della permanenza. Il venir meno delle motivazioni cliniche che giustificano la permanenza nel S.A.I. è certificata dal medico responsabile e l'Amministrazione penitenziaria provvede alla tempestiva traduzione all'Istituto di provenienza, qualora diverso da quello attuale. I locali sanitari sono concessi in comodato d'uso gratuito secondo quanto previsto dall'Accordo sanato dalla Conferenza unificata del 29 aprile 2009. L'Istituto penitenziario presso cui è attivato il Servizio multiprofessionale integrato (S.A.I. ex C.D.T./C.C.) può ospitare, in ambienti penitenziari, detenuti che, per situazioni di rischio sanitario, possano richiedere un maggiore e più specifico intervento sanitario e restano candidabili per una misura alternativa (affidamenti, ecc.) o per differenziale o sospensione della pena per motivi di salute.

5. Ospedale HUB/SPOKE con stanze dedicate o Riparto ospedaliero per detenuti.

Si tratta dei servizi previsti dalla legge 296/93, art. 7, destinati a degenza prolungata in caso di patologie complesse. Gli ambienti sanitari sono sempre situati nell'ambito di strutture ospedaliere e presentano dimensioni e collocazione variabili a seconda del modello organizzativo del servizio ospedaliero ospitante. L'apertura o la eventuale soppressione di queste strutture viene programmata secondo un piano concordato tra le Autorità sanitarie regionali e l'Amministrazione penitenziaria. L'Amministrazione penitenziaria provvede al posteggiamento dei detenuti ricoverati. Il detenuto ricoverato continua ad essere sottoposto a regime detentivo e pertanto continua a godere dei diritti e delle garanzie riconosciute dalla normativa vigente alle persone sottoposte a tale regime (telefonate e colloqui con i familiari e con i difensori, possibilità di fare acquisti, contatti con il personale penitenziario e con la Polizia penitenziaria per le attività materiali quali ad esempio la possibilità di lavorare insieme direttamente all'Autorità giudiziaria, ecc.). Pertanto, il detenuto può chiedere direttamente alla A.G. di autorizzare telefonate e colloqui e attribuire benefici quali gli arresti domiciliari, la detenzione domiciliare e la sospensione dell'esecuzione della pena o altro. Solo con riferimento a tali strutture si utilizzano i termini di "ricovero e degenza".

GLOSSARIO

C.C.: Casa Circondariale.

C.R.: Casa di Reclusione.

D.A.P.: Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria: È la struttura del Ministero della giustizia deputata allo svolgimento dei compiti relativi al sistema carcerario.

I.C.A.T.T.: Istituto a custodia attenuata per il trattamento dei tossicodipendenti: Istituto penitenziario o sezione di Istituto in cui si provvede alla riabilitazione fisica e psichica dei tossicodipendenti, mediante l'attuazione di programmi di medicina delle dipendenze e di altre attività terapeutiche, a carico delle aziende sanitarie. Il trattamento penitenziario si integra con i programmi terapeutici con la collaborazione degli enti territoriali, il terzo settore, il volontariato e le comunità terapeutiche.

Istituti penitenziari: sono distinti in:

Casa circondariale in cui sono detenute le persone in attesa di giudizio o quelle condannate a pene inferiori ai cinque anni (o con un residuo di pena inferiore ai cinque anni);

Case di reclusione, che è l'Istituto adibito all'esecuzione delle pene di maggiore entità;



18-3-2015

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 64

Istituti per l'esecuzione delle misure di sicurezza (art. 62, legge 26 luglio 1975, n. 354, Norme sull'ordinamento penitenziario); Colonie agricole, Case di lavoro, Case di cura e custodia (C.C.C.), Ospedali psichiatrici giudiziari (O.P.G.).

C.C.C. e O.P.G. saranno sostituiti dalle strutture residenziali di cui al comma 2, art. 3-ter della legge 17 febbraio 2012, n. 9 e successive modificazioni.

S.A.I. (Servizio multiprofessionale integrato di assistenza intensiva): ex C.D.T.C.C.

Sezioni sanitarie penitenziarie: spazi fisici dedicati ad attività sanitarie specializzate in ambito penitenziario.

Se.A.T.T.: Sezioni attestate per il trattamento dei tossicodipendenti.

Trattamento penitenziario e rieducazione:

Il trattamento penitenziario deve essere condotto ad umanità e deve assicurare il rispetto della dignità della persona. Il trattamento è improntato ad assoluta imparzialità, senza discriminazioni in ordine a razionalità, razza e condizioni economiche e sociali, a opinioni politiche e a credenze religiose. Negli istituti devono essere mantenuti l'ordine e la disciplina. Non possono essere adottate restrizioni non giustificabili con le esigenze prodotte o, nei confronti degli imputati, non indispensabili a fini giudiziari.

I detenuti e gli internati sono chiamati e indicati con il loro nome. Il trattamento degli imputati deve essere rigorosamente informato al principio che essi non sono considerati colpevoli sino alla condanna definitiva.

Nei confronti dei condannati e degli internati deve essere attuato un trattamento rieducativo che tenda, anche attraverso i contatti con l'ambiente esterno, al reinserimento sociale degli stessi. Il trattamento è attuato secondo un criterio di individualizzazione in rapporto alle specifiche condizioni dei soggetti.

Il trattamento è svolto avvalendosi principalmente dell'istruzione, del lavoro, della religione, delle attività culturali, ricreative e sportive e agevolando opportuni contatti con il mondo esterno ed i rapporti con la famiglia.

15A02041

**PRESIDENZA  
DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI  
DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE**

ORDINANZA 11 marzo 2015.

Ulteriori disposizioni urgenti di protezione civile per fronteggiare il rischio fitosanitario connesso alla diffusione della *Xylella fastidiosa* (Well e Raju) nel territorio della regione Puglia. (Ordinanza n. 228).

**IL CAPO  
DEL DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE**

Visto l'art. 5 della legge 24 febbraio 1992, n. 225;

Visto l'art. 107 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112;

Visto il decreto-legge 7 settembre 2001, n. 343, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 novembre 2001, n. 401;

Visto il decreto-legge del 15 maggio 2012, n. 59, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2012, n. 100, recante: «Disposizioni urgenti per il riordino della protezione civile»;

Visto l'art. 10 del decreto-legge del 14 agosto 2013, n. 93, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 ottobre 2013, n. 119;

Vista la delibera del Consiglio dei ministri del 10 febbraio 2015 con la quale è stato dichiarato, per centotanta giorni, lo stato d'emergenza in conseguenza della diffusione nel territorio della regione Puglia del batterio patogeno da quarantena *Xylella fastidiosa* (Well e Raju) in considerazione dell'esigenza di disporre di poteri straordinari per attuare le misure di cui trattasi;

Vista l'ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 225 dell'11 febbraio 2015 recante «Primi interventi urgenti di protezione civile per fronteggiare il rischio fitosanitario connesso alla diffusione della *Xylella fastidiosa* (Well e Raju) nel territorio della regione Puglia»;

Ritenuto necessario procedere ad una modifica dell'allegato tecnico all'ordinanza n. 225/2015 sopra citata al fine di assicurare la massima tempestività nell'attività di ricognizione dei fabbisogni di competenza del Commissario delegato, corre disciplinata dagli articoli 5 e 6 dell'ordinanza medesima;

Vista la richiesta formulata dal Presidente della Regione Puglia con nota prot. n. 723/SP dell'11 marzo 2015;

Sentito il Ministero delle politiche agricole, alimentari e forestali;

Dispone:

Art. 1.

*Modifica dell'allegato tecnico all'ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 225 dell'11 febbraio 2015*

1. Per le motivazioni di cui in premessa l'allegato tecnico all'ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 225 dell'11 febbraio 2015 è sostituito da quello allegato alla presente ordinanza.

La presente ordinanza sarà pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana*.

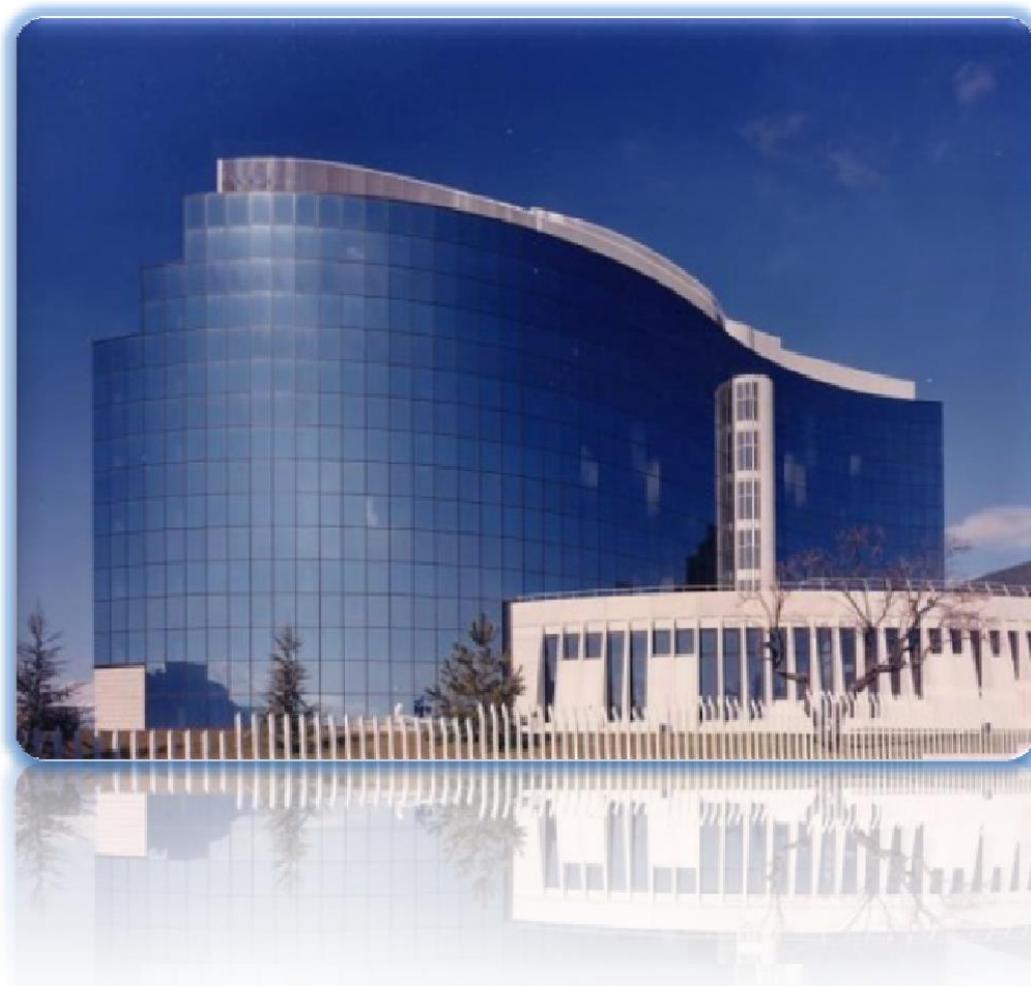
Roma, 11 marzo 2015

Il Capo del Dipartimento: GABRIELLI

Avvertenza: Gli allegati tecnici alla presente ordinanza sono consultabili sul sito istituzionale del Dipartimento della protezione civile: [www.protezionecivile.it](http://www.protezionecivile.it), sezione «provvedimenti».

15A02041





**Dipartimento della Presidenza e  
Rapporti con l'Europa**

**Servizio assistenza atti del Presidente  
e della Giunta Regionale**

Centralino 0862 3631 Tel.  
0862 36 3217/ 3206

Sito Internet: <http://bura.regione.abruzzo.it>  
e-mail: [bura@regione.abruzzo.it](mailto:bura@regione.abruzzo.it)  
Pec: [bura@pec.regione.abruzzo.it](mailto:bura@pec.regione.abruzzo.it)